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

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

und dem

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg (VdAK)

sowie dem

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg (AEV)

vertreten durch
die Landesvertretung Hamburg (LV HH)

vom 11. April 1996

in der Fassung der Honorarvereinbarung 2019 i. d. F. des 5. Nachtrages

Inhaltverzeichnis

Gliederung / Inhalt	**Seite**
Gesamtvertrag §§ 1 bis 18 und Protokollnotizen	**4**
Anlage D zum Gesamtvertrag Rheuma-Vereinbarung	**17**
Anlage E zum Gesamtvertrag Ärztliche Versorgung Heimbewohner	**19**
Anlage F zum Gesamtvertrag J 1-Vereinbarung	**21**
Anlage G zum Gesamtvertrag Verfahren zur Durchführung von Plausibilitätskontrollen	**25**
Anlage K zum Gesamtvertrag Regelung bei Überschreitungen der Ausgabenvolumina für Arznei-, Verband- und Heilmittel gemäß § 84 Abs. 3 Satz 1 SGB V	**27**
Anlage M zum Gesamtvertrag Vereinbarung über die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Rahmen des Mammographie-Screenings	**31**
Anlage N zum Gesamtvertrag Vereinbarung zur Förderung der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung	**33**
Anlage O zum Gesamtvertrag Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch	**42**
Anlage P zum Gesamtvertrag Vereinbarung zur Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen auf die vereinbarte Gesamtvergütung	**46**
Anlage Q zum Gesamtvertrag Vereinbarung zur Durchführung des Screenings multiresistenter gramngativer Erreger (MRGN) im Vorwege von Krankenhausbe-handlungen	**52**
Honorarvereinbarung 2009	**62**
Honorarvereinbarung 2010	**80**

Gliederung / Inhalt	**Seite**
Honorarvereinbarung 2011	**101**
Honorarvereinbarung 2012	**118**
Schiedsamt vom 15.08.2013, Az. des LSG: L 2 KA 69/13 KL Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahre 2013 (Honorar-vereinbarung 2013)	**134**
Honorarvereinbarung 2014 i. d. F. des 5. Nachtrages	**164**
Honorarvereinbarung 2015 i. d. F. des 2. Nachtrages	**186**
Honorarvereinbarung 2016 i. d. F. des 4. Nachtrages	**208**
Honorarvereinbarung 2017 i. d. F. des 7. Nachtrages	**234**
Honorarvereinbarung 2018 i. d. F. des 2. Nachtrages	**260**
Honorarvereinbarung 2019 i. d. F. des 5. Nachtrages	**301**
Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes Anlage B-MGV (bei KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme**)**	**355**

§ 1
(Zweck, Träger und Geltungsbereich des Vertrages)

(1) Dieser Gesamtvertrag regelt die besonderen Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen. Den allgemeinen Inhalt dieses Vertrages bilden die Bestimmungen des Arzt-/Ersatzkassenvertrages (Bundesmantelvertrages Ärzte/Ersatzkassen).

(2) Der Vertrag gilt für folgende Ersatzkassen:

Barmer Ersatzkasse (BEK), Wuppertal
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
Hamburg-Münchener Krankenkasse (HaMü), Hamburg
HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Hannover
Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg
Braunschweiger Kasse (BK), Hamburg
Schwäbisch Gmünder Ersatzkasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
Gärtner Krankenkasse (GKK), Hamburg
HZK - Krankenkasse für Bau- und Holzberufe (HZK), Hamburg
Neptun-Ersatzkasse (N-EK), Hamburg.

(3) Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.

§ 2
(Gesamtvergütung)

(1) Die Gesamtvergütung wird gem. § 85 Abs. 2 SGB V berechnet. Das Nähere wird in den Anlagen zu diesem Vertrag geregelt.

(2) Für Leistungen, die außerhalb des Bereiches der KVH erbracht werden (Fremdarztfälle), gelten die bei der für den Fremdarzt zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung getroffenen Regelungen und die bei der KVH gültigen Punktwerte, vorbehaltlich gegebenenfalls in einer Anlage zu diesem Vertrag vorgenommener abweichender Regelungen.

§ 3
(Grundlagen der Leistungsbewertung)

(1) Die mit der Gesamtvergütung abzugeltenden ärztlichen Leistungen werden nach dem gem. § 87 Abs. 1 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarten Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) in der jeweils gültigen Fassung unter Berücksichtigung der Bestimmungen der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) und des Honorarverteilungsmaßstabes der KVH (HVM) bewertet.

(2) Die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit bestimmt sich nach den Vorschriften des EBM und des Verteilungsmaßstabs sowie seiner Anlagen in der jeweils gültigen Fassung.

(3) Für Besuche im Ärztlichen Notfalldienst Hamburg, die nicht mit zur Verfügung gestellten Taxen durchgeführt werden, erhält der Arzt Wegepauschalen nach den Bestimmungen der E-GO.

(4) Für Notfallbesuche mit zur Verfügung gestellten Taxen gelten die vereinbarten Sätze.

(5) Ist aus medizinischen Gründen ein sofortiger Transport von Untersuchungsmaterial notwendig, werden die hierfür notwendigen Taxikosten gesondert erstattet.

(6) Im übrigen gelten die Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes der KVH und die zwischen dem VdAK bzw. dem AEV und der KVH geschlossenen Verträge.

§ 4
(Notfallbehandlungen)

(1) Notfallbehandlungen von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten sowie Notfallbehandlungen in Krankenhäusern werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen nach Maßgabe der Ersatzkassengebührenordnung (E-GO) vergütet. Das gilt nicht für organisierte privatärztliche Notdienste. Für die Vergütung von ambulanten Notfallbehandlungen in Krankenhäusern findet § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechende Anwendung

(2) Ambulante Notfalleistungen der Krankenhäuser sind nicht berechnungsfähig, wenn sich die Notwendigkeit der stationären Aufnahme ergibt und diese am gleichen Tag erfolgt.

§ 5
(Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung)

(1) derzeit nicht besetzt.

(2) Soweit Qualifikationserfordernisse gem. § 39 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag (EKV) bestehen, setzt die Abrechnung der Leistungen den Nachweis der Qualifikation gegenüber der KVH voraus.

(3) Notfälle im Sinne von Absatz 1 und 2 liegen nur dann vor, wenn eine Verweisung an einen zur Abrechnung der Leistung uneingeschränkt berechtigten Arzt nach Lage des Falles nur unter Gefahr für Leben, Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit des Patienten möglich oder mit unzumutbaren Beschwerden für den Patienten verbunden wäre.

(4) Die KV Hamburg ist rechnungsbegleichende Stelle nach § 44 Abs. 6 Bundesmantelvertrag.

Materialien, welche im Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung angewandt und/oder verbraucht werden, sind nur dann als Sachkosten auf dem Behandlungsausweis (Abrechnungsschein) abrechnungsfähig, wenn sie nicht in den berechnungsfähigen Leistungen des EBM (unter anderem Kosten nach 7.1 EBM) enthalten sind, nicht zu den Kosten nach 7.2 EBM zählen und nicht in der zum Zeitpunkt der Erbringung der Leistung aktuell gültigen Sprechstundenbedarfsvereinbarung als Sprechstundenbedarf definiert sind. Des Weiteren ist eine Sachkostenabrechnung dann im Rahmen der Plausibilitätsprüfung zu beanstanden, wenn der Zusammenhang zwischen der erbrachten Leistung und dem abgerechneten Material nicht gegeben ist.

Bei der Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen erfolgt die Darstellung im Formblatt 3 unter Kto. 400 Kapitel 90 Abschnitt 2 mit der Pseudoziffer 90000.

Im Einzelfallnachweis (EFN) ist mit Wirkung ab der Rechnungslegung für das 4. Quartal 2017 an für jeden Sachkostenartikel das Freitextfeld beginnend mit dem Preis (2 Dezimalstellen nach dem Komma), gefolgt von dem Verkettungszeichen "|" (technisch: Pipe-Zeichen), gefolgt von der Bezeichnung des Sachkostenartikels, zu befüllen.

Die vdek-Landesvertretung Hamburg ist berechtigt, die Kosten im Einzelfall zu überprüfen. Dazu wird die KVH auf Verlangen die Originalbelege vom Arzt anfordern und der vdek-Landesvertretung Hamburg vorlegen (Einsichtnahme). Die vdek-Landesvertretung Hamburg ist berechtigt, alternativ zur Einsichtnahme gegen Kostenerstattung die Übermittlung von Kopien zu verlangen. Die vdek-Landesvertretung Hamburg ist berechtigt, das ihr obliegende Prüfrecht gem. § 5 Abs. 4 des Gesamtvertrages auf die rubrizierenden Ersatzkassen in Hamburg zu übertragen.

§ 6
(Ambulante vertragsärztliche Versorgung, Ausschlußtatbestände)

(1) Nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehörende Leistungen werden nicht vergütet. Es werden nur Leistungen vergütet, die in der E-GO aufgeführt sind oder die von den Vertragspartnern in besonderen vertraglichen Regelungen vereinbart sind.

(2) Der Vergütungsanspruch von vertragsärztlichen Leistungen verjährt gegenüber den Krankenkassen zu dem Zeitpunkt, zu dem der Anspruch des Vertragsarztes auf Abrechnung von Behandlungsausweisen gegenüber der KVH nach dem HVM verjährt.

§ 7
(Vergütung ambulanter Leistungen in ärztlich geleiteten Einrichtungen)

Für die Berechnung der zur vertragsärztlichen Versorgung gehörenden ambulanten ärztlichen Leistungen, die von Universitätskliniken, Krankenhäusern und anderen ärztlich geleiteten Einrichtungen erbracht werden, gelten die von der KVH im Einvernehmen mit der LV HH vereinbarten Sätze.

§ 8
(Vertragsarztstempel)

(1) Die KVH stellt jedem Vertragsarzt einen Arztstempel zur Verfügung. Die Kosten hierfür trägt die KVH. Der Arztstempel enthält folgende Angaben:

a) Arztnummer,

b) Name des Arztes in der behördlich beurkundeten Form,

c) Gebiets- und/oder Teilgebiets- bzw. Zusatzbezeichnung entsprechend der Zulassung für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,

d) Anschrift und Telefonnummer des Vertragsarztsitzes

Weitere Angaben sind unzulässig.

(2) Der Verlust des Arztstempels ist der KVH unverzüglich mitzuteilen. Bei dauerndem oder vorübergehendem Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Tätigkeit ist der Vertragsarztstempel an die KVH zurückzugeben.

§ 8 b

Das Verfahren zur Durchführung von Plausibilitätskontrollen durch die KVH gem. § 83 Abs. 2 SGB V wird als Anlage G zum Gesamtvertrag geregelt.

§ 9
(Übernahme von Daten der Krankenversichertenkarte)

Der Vertragsarzt ist zur Sorgfalt bei der Übernahme der Angaben der Krankenversichertenkarte verpflichtet. Ist die Identität des Patienten zur vorgelegten Krankenversichertenkarte offensichtlich nicht gegeben, können keine Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden. Wurden vertragsärztliche Leistungen erbracht, obwohl die Identität des Patienten zur vorgelegten Krankenversichertenkarte offensichtlich nicht gegeben war, besteht kein Anspruch auf Vergütung. Der Vertragsarzt sollte sich in diesen Fällen durch Vorlage eines amtlichen Ausweises von der Identität des Patienten überzeugen.

§ 10
(Verteilung der Vordrucke)

(1) Die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vereinbarten Vordrucke werden den Vertragsärzten von der KVH bzw. einer von ihr benannten Stelle zur Verfügung gestellt.

(2) Der Einsatz von Blankoformularen wird ab dem 01.07.2000 auf der Grundlage der jeweils gültigen Fassung der Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung sowie des ”Technischen Handbuchs Blankoformularbedruckung” in seiner gültigen Fassung vereinbart. § 6 EKV gilt entsprechend.

§ 11
(Sachlich-rechnerische Prüfung der Abrechnung)

(1) Die KVH faßt die von ihr sachlich und rechnerisch richtiggestellten und geprüften Honorarforderungen als Abrechnung zusammen und leitet sie den Ersatzkassen zu. Diese können innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Gesamtabrechnung zur Honoraranforderung des einzelnen Arztes wegen sachlicher oder rechnerischer Mängel der Abrechnung Widerspruch einlegen und diesen ggf innerhalb weiterer zwei Monate begründen. Hiervon unberührt bleiben die Prüfung der Plausibilität und der Wirtschaftlichkeit.

(2) Die Frist des Abs. 1 gilt nicht für Ansprüche auf Schadensersatz wegen unerlaubter Handlung bei der Honorarabrechnung.

(3) Sachlich-rechnerische Berichtigungen von weniger als 50,-- DM je Vertragsarztabrechnung werden nicht vorgenommen.

§ 12
(Einigungsverfahren bezüglich bundesweiter Regelungen)

(1) Ergeben sich im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens nach § 11 unterschiedliche Auffassungen zwischen der widerspruchsführenden Ersatzkasse und der KVH über Fragen der Anwendung des EBM oder sonstiger bundesweit gültiger Regelungen, können der VdAK/AEV - Landesvertretung Hamburg - und die KVH eine Entscheidung der AG § 50 EKV einholen.

(2) In diesem Fall kann mit Zustimmung der widerspruchsführenden Ersatzkasse, der KVH und des betroffenen Arztes das Widerspruchsverfahren bis zum Vorliegen der Entscheidung ausgesetzt werden.

§ 13
(Rechnungsunterlagen)

(1) Von der KVH werden die ärztlichen Leistungen getrennt nach

a) Mitgliedern,
b) Familienangehörigen und

c) Rentnern einschließlich deren Familienangehörigen

abgerechnet.

(2) Bei der Abrechnung werden diejenigen Beträge aus sachlichen bzw. rechnerischen Berichtigungen und Entscheidungen der Prüfungseinrichtungen der KVH berücksichtigt, die zum Zeitpunkt der Abrechnung dem Arzt gegenüber mehr als zwei Wochen wirksam sind.

(3) Die Ersatzkassen erhalten als Abrechnungsunterlagen gemäß § 37 Arzt-/Ersatzkassenvertrag in Verbindung mit § 1 der Anlage 6 zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag

a) die Gesamtrechnung einschließlich Formblatt 3 (Die Ausweisung der Leistungen in Formblatt 3 erfolgt einschließlich regionaler Sonderverträge bis Ebene 6 - Gebührennummernebene. Diese Ausweisung findet erstmalig bei der Abrechnung für das 3. Quartal 2009 Anwendung.)

b) für jeden Arzt eine Zusammenstellung der einzelnen Leistungen je Behandlungsfall vor der Prüfung (Einzelfallnachweis)

c) Summenlisten, aus denen die Honoraranforderungen in Punkten je Arzt und je Fachgruppe vor der Prüfung ersichtlich sind (Zusammenstellung der Arztabrechnungen)

d) die vom Arzt eingereichten Behandlungsausweise (Abrechnungsscheine, Überweisungsscheine, Notfallabrechnungsscheine usw.)

e) Zusammenstellungen aller Leistungen vor der Prüfung für alle Kassen je Arzt und je Fachgruppe, aufgegliedert nach den Nummern des EBM und bezogen auf 100 Fälle (Häufigkeitsstatistik).

Die Unterlagen b) bis e) beziehen sich nur auf die Abrechnung der in Hamburg an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte. Die Verpflichtung zur Übersendung der Unterlagen zu e) erfüllt die KVH, indem sie diese Unterlagen an die LV HH übersendet.

(4) Die Ersatzkassen stellen der KVH vierteljährlich Angaben über die Mitgliederzahlen und die Grundlohnsumme zur Verfügung.

§ 14
(Zahlung der Gesamtvergütung)

(1) Die berechnete Gesamtvergütung wird vierteljährlich, und zwar 15 Tage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (§ 13 Abs. 3 dieses Vertrages) fällig. Die KVH ist befugt, in begründeten Fällen Abrechnungen gem. § 7 dieses Vertrages und Abrechnungen einzelner an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Ärzte zu einem späteren Zeitpunkt nachzureichen. Die Abrechnung erfolgt im nächstmöglichen Quartal.

(2) Die Abschlagszahlungen betragen für jeden Monat jeweils 30 % der nach den nachfolgenden Grundsätzen zu ermittelnden Ausgangsgröße. Die Zahlungen werden jeweils bis zum 5. des Folgemonats an die KV Hamburg geleistet.
Mit Wirkung ab dem 3. Quartal 2011 ergibt sich die Ausgangsgröße für die Ermittlung der Abschlagszahlungen wie folgt:

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 je Krankenkasse.

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) Überzahlungen werden als Vorauszahlungen für das folgende Kalendervierteljahr berücksichtigt.

(4) Unbeschadet der Zahlungsfristen der Absätze 1 und 2 werden die Forderungen eines Vertragsarztes aus der Honorarverteilung gegen die KVH erst fällig, wenn

a) die Widerspruchsfristen der Ersatzkassen zur Abrechnung abgelaufen und

b) eventuell erforderliche Berichtigungs- und Prüfungsverfahren für die Beteiligten bindend abgeschlossen sind.

Bis dahin sind die Zahlungen der KVH an die Vertragsärzte aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse.

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

(6) Die Berücksichtigung der in der Datenlieferung ANZVER87a ausgewiesenen besonderen Personengruppen bei der Feststellung der für die Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung verwendeten Versichertenzahlen erfolgt gemäß den hierfür maßgeblichen Beschlüssen des Bewertungsausschusses (zuletzt Beschluss vom 20.08.2015 (333. Sitzung) - Teil A Ziffer 2.2.3) sowie der jeweils gültigen Honorarvereinbarung gemäß den jeweiligen gesamtvertraglichen Regelungen. Die Gesamtvertragspartner verständigen sich dahingehend, dass für die MGV-Berechnung die Summe aus der Addition der nachfolgend angegebenen Feldinhalte des Datensatzes ANZVER87a_IK (in der Definition der Anlage 7 zum 369. BA-Beschluss vom 15.12.2015) berücksichtigt wird:

Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl Versicherte
+ Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl Wohnausländer
+ Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl betreuter Personen
= Summe Versicherte MGV-Berechnung

Die vorgenannte Summe ist um die Anzahl der „Versicherten mit Wahl der Kostenerstattung“ in dem Umfang zu vermindern, in dem diese im Rahmen der „Vereinbarung zur Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen auf die vereinbarte Gesamtvergütung“ berücksichtigt werden. Die Berücksichtigung der „Wohnausländer“ erfolgt ausschließlich für diejenigen Ersatzkassen, deren Sitz im KV-Bezirk Hamburg liegt.

§ 15

- nicht besetzt -

§ 16
(Erfüllung und Vollstreckung von Regreß- und Schadensersatzforderungen)

Von den Prüfungseinrichtungen oder der KVH (gem. §§ 44 und 45 EKV) rechtswirksam festgesetzte Regreß- oder Schadensersatzforderungen der Vertragskassen dürfen gegen fällige Honorarforderungen der Vertragsärzte aufgerechnet werden; soweit eine aufrechnungsfähige Honoraranforderung des Vertragsarztes nicht besteht, zieht die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg die Forderung aus dem Bescheid ein. Bleibt die Einziehung erfolglos, tritt die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg die Forderung an die Vertragskassse ab.

§ 17
(Zusammensetzung der Schlichtungsstelle)

Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg errichtet eine Schlichtungsstelle gem. § 45 EKV. Sie besteht aus jeweils zwei Vertretern der KVH und der Ersatzkassen. Den Vorsitz führt ein Vertreter der KVH. Bei Stimmengleichheit gilt die Schlichtung als gescheitert.

§ 18

(Inkrafttreten und Kündigung)

(1) Dieser Vertrag tritt mit Wirkung vom 1.7.1994 in Kraft.

(2) Der Vertrag kann jeweils mit einer Frist von sechs Monaten zum Schluß eines Kalendervierteljahres mit eingeschriebenem Brief gekündigt werden. Für die einzelnen Anlagen zu diesem Vertrag beträgt die Kündigungsfrist abweichend von Satz 1 drei Monate.

(3) Die kündigende Partei unterrichtet gleichzeitig mit der Kündigung gem. § 89 Abs. 1 SGB V das Schiedsamt.

(4) Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, daß sie auf Antrag einer Partei jederzeit, ohne daß es der Vertragskündigung bedarf, über erforderliche Anpassungen an veränderte Verhältnisse verhandeln werden. Satz 1 gilt auch für die Anlagen zu diesem Vertrag.

Protokollnotiz

zu § 11 des Gesamtvertrages zwischen der KVH und dem VdAK/AEV vom 11.4.1996
in der Fassung des 2. Nachtrages vom 2. Dezember 1997

Die KVH stellt den Ersatzkassen und ihren Verbänden nach Bedarf, höchstens jedoch einmal jährlich, das Regelwerk der KVH für die sachliche Prüfung auf einem Datenträger, auf Wunsch im Einzelfall auch auf Papier, zur Verfügung.

Protokollnotiz

zu § 11 Abs. 3 des Gesamtvertrages zwischen der KVH und dem VdAK/AEV vom 11.4.1996
in der Fassung des 2. Nachtrages vom 2. Dezember 1997

Anträge auf sachlich-rechnerische Berichtigungen

Bei Anträgen auf sachlich-rechnerische Berichtigung verwenden die Ersatzkassen für die Antragstellung den Formularsatz, wie er im ehemaligen Beschluß B 709 der AG § 50 EKV vom 7.2.1991 festgelegt war. Die Geltendmachung von Berichtigungsanträgen erfolgt für jeden Vertragsarzt gesondert und nach Quartalen getrennt.

Die Ersatzkassen reichen die Teile 1 - 4 mit den weiteren, der Sachverhaltsaufklärung dienenden Abrechnungsunterlagen bei der KVH innerhalb der in § 11 Abs. 1 genannten Fristen ein.

Für umfangreiche Anträge werden weitere, entsprechend gestaltete Formularsätze als Blatt 2 und folgende verwendet.

Die Formularsätze werden von der KVH den Ersatzkassen ihres bereiches kostenlos zur Verfügung gestellt.

Die Bearbeitung derartiger Anträge erfolgt durch die KVH nach den Bestimmungen des SGB X. Im Durchschreibeverfahren werden von der KVH

a) anerkannte Berichtigungsanträge der Ersatzkassen durch Abhaken des DM-Betrages kenntlich gemacht.

b) Abgelehnte Berichtigungsanträge der Ersatzkassen werden mit Durchstreichen des DM-Betrages bezeichnet und zusätzlich eine Begründung für die Ablehnung auf dem Formularsatz vermerkt. Reicht der Platz hierfür nicht

aus, verwendet die KVH einen Fortsetzungsformularsatz für die Abgabe der erforderlichen Begründung zur Ablehnung.

c) Das Ergebnis der Bearbeitung eines Antrages für einen Vertragsarzt durch die KVH wird unter Aufrechnung der Gut- bzw. Lastschriften für die einzelnen Behandlungsfälle insgesamt ermittelt und im letzten Abschnitt des Formularsatzes zusammengefaßt.

   Die zu vollziehende Gut- bzw. Lastschrift ergibt sich aus der Gestaltung und dem Text der Formulare für den betreffenden Empfänger.

   Berichtigungen der Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen finden nur statt, wenn die Leistungen nach Einzelleistungen vergütet werden. Davon unberührt bleibt die statistische Darstellung nachträglicher Berichtigungen im Formblatt 3 unter Vorquartalspositionen.

Bei der Mitteilung der Entscheidung an die Ersatzkasse wird der Teil 2 des Formularsatzes mit zurückgesandt. Der Mitteilung sind die Abrechnungsunterlagen beizufügen. Bei Widerspruch durch den Vetragsarzt werden diese aus Anforderung durch die KVH von der Ersatzkasse nochmals zur Verfügung gestellt.

Die Vertragspartner streben an, diese manuelle Regelung ab einem möglichst frühen Zeitpunkt durch ein papierloses Verfahren zu ersetzen.

Protokollnotiz

zu § 13 Abs. 4 des Gesamtvertrages zwischen der KVH und dem VdAK/AEV vom 11.4.1996

in der Fassung des 2. Nachtrages vom 2. Dezember 1997

Die Mitgliederzahlen werden gegenwärtig von den Ersatzkassen bundesweit einheitlich auf der Basis der Statistik KM 1 ermittelt. Zur Verfügung gestellt wird danach die Zahl der Mitglieder, die ihren Wohnsitz im Bereich der KVH haben.

Protokollnotiz

zu § 15 des Gesamtvertrages zwischen der KVH und dem VdAK/AEV vom 11.4.1996
in der Fassung des 2. Nachtrages vom 2. Dezember 1997

”Gesamtvergütung” im Sinne des § 15 ist die kopfpauschalierte Gesamtvergütung nach Formblatt 3, Position D-99-90-97.

Protokollnotiz

zum Außerkrafttreten des § 15 des Gesamtvertrages zwischen der KVH und dem VdAK/AEV vom 11.4.1996
in der Fassung des 15. Nachtrages vom 16. April 2004

Die Ersatzkassen entrichten für das Zulassungswesen den anteiligen Betrag gemäß § 96 Abs. 3 Satz 2 SGB V aufgrund nachgewiesener Kosten durch die KVH.

Protokollnotiz

zu § 5 Abs. 4 des Gesamtvertrages vom 11.4.1996 in der Fassung des 53. Nachtrages vom 26. Februar 2018

1. Die Plausibilitätsprüfung umfasst die Prüfung, ob die in Ansatz gebrachten Sachkosten mit Blick auf die erbrachten Leistungen plausibel sind. Dies umfasst keine Prüfung dahingehend, ob der Ansatz der Sachkosten ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich war und ob sie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

2. Fordert die KVH im Rahmen der Sachkostenprüfung Originalbelege von den abrechenden Ärzten an, verbleibt eine Abschrift dieser Dokumente (in Elektronischer- oder Papierform) bei der KVH. Aus dieser Abschrift geht hervor, dass das Originaldokument bei der KVH vorgelegen hat. Bei der Einsichtnahme verzichten die Ersatzkassen auf die Vorlage der Originalunterlagen, soweit eine entsprechende Abschrift vorliegt.

3. Ein Beispiel für die Darstellung der Sachkostenpositionen im EFN sieht wie folgt aus:
   „5,35|Einmalendoskopiezange
   3,48|Bakterienfilter“

Anlage D

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH und dem VdAK sowie dem AEV vom 11.4.1996

in der Fassung des 34. Nachtrages vom 14. März 2013

Vereinbarung
über die
ambulante Behandlung rheumakranken Patienten

(Rheuma-Vereinbarung)

Unter Bezugnahme auf Nr. 6 des Vertrages über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahre 1994 schließen die Vertragspartner die nachfolgende Vereinbarung zur Strukturverbesserung und Qualitätssicherung bei der Behandlung rheumakranker Patienten.

Präambel

Ziel der Vereinbarung ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung Kranker mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, die einer Basis-Therapie bedürfen, sowie die Vermeidung von diesbezüglichen Krankenhauseinweisungen.

§ 1

Unter rheumatologischer Basistherapie im Sinne dieser Vereinbarung ist der Einsatz von Langzeittherapeutika bei progredienten rheumatischen Systemerkrankungen zu verstehen, wenn nicht-steroidale Antirheumatika nur unzureichend wirken. Diese sogenannten Basistherapeutika bedürfen einer sorgfältigen Indikation und strengen Überwachung.

§ 2

Für die Einleitung und/oder kontinuierliche Durchführung einer sogenannten Basistherapie bei Fällen rheumatoider Arthritis (= chronische Polyarthritis) einschließlich ihrer Sonderformen sowie von Kollagenosen, die Koordinierung der diesbezüglichen krankengymnastischen und ergotherapeutischen Maßnahmen sowie der sozialmedizinischen Betreuung wird ein Zuschlag in Höhe von 20,45 € gem. Anlage 6 zum Vertrag über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahre 1994 gezahlt[1].

[1] GOP 99012 (Kostenzuschlag kontinuierliche Rheumatherapie) 20,45 €

§ 3

(1) Die Abrechnung des Zuschlages nach § 2 bedarf der vorherigen Genehmigung durch die KVH.

(2) Voraussetzung für die Genehmigung nach Satz 1 ist

a) Zulassung als Vertragsarzt

b) die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung als Internist mit der Teilgebietsbezeichnung „Rheumatologie“oder als Kinderarzt mit der Teilgebietsbezeichnung „Kinderrheumatologe“,

c) ein Anteil von mindestens 50 % Rheumatikern an den Patienten des Vertragsarztes,

d) die regelmäßige Teilnahme an rheumatologisch ausgerichteten Fortbildungsveranstaltungen/Qualitätszirkeln mindestens viermal jährlich (die Teilnahme ist der KVH nachzuweisen).

(3) Die Genehmigung nach Abs. 1 kann widerrufen werden, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.

§ 4

Diese Vereinbarung ist Bestandteil des zwischen den Vertragspartnern geschlossenen Gesamtvertrages.

Hamburg, den 14.03.2013

Anlage E

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH und dem VdAK sowie dem AEV vom 11.4.1996

in der Fassung des 2. Nachtrages vom 2. Dezember 1997

Vereinbarung
über die
budgetmäßige Behandlung der Vergütungen für Leistungen der ärztlichen Versorgung von Bewohnern der Heime des Landesbetriebes
„Pflege und Wohnen“
bei Übernahme in die ambulante vertragsärztliche Versorgung

1. Die Partner dieser Vereinbarung stellen fest, daß nach der mit Schreiben vom 3.5.1994 des Leiters der Abteilung Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung des Bundesministeriums für Gesundheit, Ministerialdirektor Gerhard Schulte, bestätigten Auffassung die ambulante vertragsärztliche Versorgung der Pflegeheimbewohner zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Damit hätte auch die dafür zu zahlende Gesamtvergütung schon 1991 in die Basis des Vergütungsvolumens des Jahres 1991 einbezogen werden müssen. Dazu ist es aber wegen des zwischen den Krankenkassen und der Freien und Hansestadt Hamburg geschlossenen Vertrages, der eine direkte Abrechnung vorsah, nicht gekommen.

2. Sollte in der Zukunft eine Übernahme der ärztlichen Versorgung der Bewohner der Heime des Landesbetriebes „Pflege und Wohnen“ in die ambulante vertragsärztliche Versorgung erfolgen (z. B. durch Ermächtigung einzelner Heimärzte zur Durchführung dieser Behandlung oder durch Verlagerung der Behandlung vom heimärztlichen Dienst auf Vertragsärzte), werden die Partner dieser Vereinbarung die in ihren jeweiligen Gesamtverträgen getroffenen Vergütungsvereinbarungen bezüglich der Basis für die Gesamtvergütungen 1991 entsprechend berichtigen.

3. Hierzu wird folgendes Vorgehen vereinbart:

   3.1 Vom Zeitpunkt der Übernahme der ärztlichen Versorgung in die ambulante vertragsärztliche Versorgung an, der einvernehmlich unter den Vertragspartnern festgestellt wird, werden für die Dauer eines Jahres die für die ärztliche Versorgung der Bewohner der Heime des Landesbetriebes „Pflegen und Wohnen“ tatsächlich entstandenen Gesamtvergütungsanteile je Gesamtvertrag ermittelt.

   3.2 Die so ermittelten Beträge werden durch vier geteilt und und ergeben so jeweils die Korrekturbeträge für die Ausgangsquartale I/91 bis IV/91. Die Korrek-

turen wirken sich ab dem in Nr. 3.1 genannten Zeitpunkt der Übernahme in die ambulante vertragsärztliche Versorgung auf die Berechnung der Gesamtvergütungen aus.

3.3 Die Vertragspartner verpflichten sich, in einem solchen Fall die Ermittlung der Korrekturbeträge sowie die daraus resultierenden Korrekturberechnungen zur Ermittlung der Gesamtvergütungen für die Zeit ab Übernahme der ärztlichen Versorgung in die ambulante vertragsärztliche Versorgung und die sich aus den Korrekturberechnungen ergebenden Veränderungen der Gesamtvergütungen unverzüglich durchzuführen und auszugleichen.

4. Diese Vereinbarung gilt entsprechend auch für budgetrelevante Ausgaben für Arznei- und Heilmittel bei der Übernahme in die ambulante vertragsärztliche Versorgung.

5. Diese Vereinbarung ist Bestandteil der jeweils zwischen den Vertragspartnern abgeschlossenen Vergütungsvereinbarungen.

Anlage F

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH und dem VdAK sowie dem AEV vom 11.4.1996

in der Fassung des 2. Nachtrages vom 2. Dezember 1997

Vereinbarung
über die
Durchführung einer präventiven Jugendgesundheitsuntersuchung mit dem Schwerpunkt einer Jugendgesundheitsberatung im Rahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung nach § 20 SGB V

Präambel

Mit der Einführung einer Jugendgesundheitsberatung verfolgen die Partner dieser Vereinbarung das Ziel, bei Jugendlichen im pubertären Alter zur Prävention von Gesundheitsgefährdungen eine präventive Gesundheitsuntersuchung mit dem Schwerpunkt einer Jugendgesundheitsberatung durchzuführen. Dabei soll insbesondere über die Themen Rauchen, Drogen, Alkohol- und Medikamentenkonsum sowie Ernährungsverhalten beraten und informiert werden mit dem Ziel, das Vor- oder Frühstadium einer Erkrankung, Entwicklungsstörung oder gesundheitsschädlichen Verhaltensweise frühzeitig zu erkennen und durch rechtzeitige Intervention ernsthaften Schäden vorzubeugen.

§ 1

Anspruch auf die Leistungen der Jugendgesundheitsberatung (nachfolgend J 1 genannt) haben Versicherte der Ersatzkassen im 13. Lebensjahr.

§ 2

(1) Die Durchführung der J 1 erfolgt ausschließlich durch niedergelassene Vertragsärzte, welche die in Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllen.

(2) Voraussetzung für die Beteiligung an dieser Vereinbarung ist die Teilnahme an einer Einführungsveranstaltung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, die über Inhalt und Ziel der Jugendgesundheitsberatung informiert, sowie die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen gemäß den Leitlinien der Ärztekammer Hamburg.

§ 3

Ziel der Jugendgesundheitsberatung ist die frühzeitige Information und Beratung in Gesundheitsfragen. Im Rahmen einer körperlichen Untersuchung sollen auch Gesundheitsstörungen im Vor- oder Frühstadium erkannt werden, um einen frühzeitigen Therapiebeginn zu sichern und hierdurch einen besseren Behandlungserfolg zu erzielen. Der Leistungsinhalt der Jugendgesundheitsberatung ergibt sich aus dem Dokumentationsbogen (Anlage).

§ 4

(1) Die Dokumentation der Leistung erfolgt anonymisiert auf dem Dokumentationsbogen (Anlage). Die Ausstattung der Praxen mit diesen Vordrucken übernimmt - mit Ausnahme der Kosten für die Vordrucke - die KVH.

(2) Die Dokumentationsbögen werden von den Ärzten getrennt von der Abrechnung an die KVH gegeben. Die Auswertung erfolgt durch das Zentralinstitut (ZI) für die kassenärztliche Versorgung. Nach Ablauf des ersten Vertragsjahres werden die Vertragspartner prüfen, ob eine repräsentative Stichprobe der Dokumentationen für die Auswertung ausreichend ist.

(3) Das ZI berichtet den Vertragspartnern quartalsweise über die Auswertungsergebnisse. Die Form der Auswertung wird zwischen den Beteiligten abgestimmt. Die Kostenerstattung für die Auswertung wird zwischen der KVH und dem ZI geregelt.

§ 5

(1) Die Höhe der Vergütung wird in einem gesonderten Vertrag vereinbart. Die Auswertung der Dokumentation ist mit der Vergütung abgegolten. Nach Ablauf des ersten Vertragsjahres werden die Vertragspartner die Inanspruchnahme der nachgehenden Beratung vor dem Hintergrund des zeitlichen Aufwandes einer Beratung und der damit verbundenen Vergütung überprüfen.

(2) Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über den Behandlungsausweis.

§ 6

Die Einhaltung der Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und des Datenschutzes ist von den teilnehmenden Ärzten und den Vertragspartnern zu gewährleisten.

§ 7

(1) Diese Vereinbarung tritt am 1.1.1995 in Kraft.

(2) Die Vereinbarung wird zunächst für einen Zeitraum von zwei Jahren geschlossen. Mindestens 6 Monate vor Ende der Laufzeit werden die Partner dieser Vereinbarung Gespräche aufnehmen, in denen die Erfahrungen mit der Anwendung der Vereinbarung beraten und die eventuelle Verlängerung der Laufzeit verhandelt wird.

(3) Sollten während der Laufzeit dieser Vereinbarung die Vertragspartner auf Bundesebene eine entsprechende Regelung treffen, tritt diese mit ihrem Inkrafttreten an die Stelle dieser Vereinbarung.

Protokollnotiz

zur

Vereinbarung zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

und dem

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

sowie dem

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

die beiden letzteren vertreten durch die

Landesvertretung Hamburg des VdAK

über die Durchführung einer präventiven Jugendgesundheitsuntersuchung mit dem Schwerpunkt einer

Jugendgesundheitsberatung

im Rahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung nach § 20 SGB V

Die Vertragspartner stimmen darin überein, daß die Leistungen nach dieser Vereinbarung entsprechende Satzungsregelungen der einzelnen Ersatzkassen erfordern (§ 67 Abs. 3 SGB V).

Anlage G

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH und dem VdAK sowie dem AEV vom 11.4.1996

in der Fassung des 2. Nachtrages vom 2. Dezember 1997

Verfahren zur Durchführung von Plausibilitätskontrollen gem. § 83 Abs. 2 SGB V

1. Nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen ist es Aufgabe der KVH, die eingereichten Abrechnungen der Vertragsärzte auf sachliche Richtigkeit zu prüfen und sie ggf. vor Verteilung der Gesamtvergütungen zu berichtigen (§§ 75 Abs. 1 Satz 1 und 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V; § 42 BMV-Ärzte/Ersatzkassen; § 8 HVM).

2. Berichtigungen nach den obigen Bestimmungen sind u.a. dann vorzunehmen, wenn Auffälligkeiten bestehen, die Zweifel an der Plausibilität der abgerechneten Leistungen begründen.

3. Zur Durchführung von Plausibilitätskontrollen durch die KVH werden in jedem Quartal mindestens 2 % der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte bzw. ärztlich geleiteten Einrichtungen für eine nähere Überprüfung der Plausibilität der abgerechneten Leistungen ausgewählt. In diesen Fällen werden die Abrechnungen insbesondere auf folgende beispielhaften Auffälligkeiten überprüft, die Zweifel an der Plausibilität begründen können:

3.1 Inkompatibilität zwischen angegebenen Diagnosen und abgerechneten Leistungen,

3.2 systematische Korrekturen von Diagnosen oder abgerechneten Leistungen,

3.3 systematische Ergänzungen von Diagnosen oder abgerechneten Leistungen,

3.4 systematische Korrekturen am Behandlungsdatum bei Leistungen, die bei derselben Inanspruchnahme nicht nebeneinander berechnungsfähig sind,

3.5 erkennbar falsche Datumseintragungen,

3.6 häufige ”Verteilung” nicht nebeneinander abrechenbarer Leistungen auf kurz nacheinander folgende Tage (oder Uhrzeitangaben),

3.7 stereotype Abrechnung von Kombinationen aus Gebührenordnungsnummern,

3.8 Häufigkeit von abgerechneten Leistungen an bestimmten Tagen (z. B. Quartalsanfang) oder insgesamt unter Beachtung der Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung,

3.9 Häufung von Leistungen, die in vergleichbaren Praxen gar nicht oder nur ganz selten (in verschwindend geringem Umfange) vorkommen.

4. Aus besonderem Grund, so z.B. bei eingreifenden Änderungen des EBM (insbesondere Budgetierung von Leistungen, Fortfall der Abrechenbarkeit von Leistungen im Zusammenhang mit Bildung von Komplexgebühren, Veränderung der Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen usw.) können über den Umfang der Nr. 3 hinaus weitere Plausibilitätskontrollen durch die KVH durchgeführt werden. Hier können weitere Auffälligkeiten Anlaß zu Abrechnungsberichtigungen sein (weil sie berechtigte Zweifel an der richtigen Anwendung der geänderten Gebührenordnung begründen). Hinweise auf solche unzutreffenden Anwendungen neuer/geänderter EBM-Bestimmungen können beispielsweise geben

- offenbares Ausweichen auf bisher nicht oder nur selten abgerechnete Leistungen, insbesondere dann, wenn die Empfehlung entsprechender Ausweichstrategien bekannt sind und ein Vergleich der Abrechnungen des Arztes vor und nach der EBM-Änderung erhebliche absolute oder relative Abweichungen in den Zahlen der abgerechneten Leistungen ergeben (Vertikalvergleich).

5. Offensichtliche Implausibilitäten, die im Rahmen der beschriebenen Plausibilitätskontrollen festgestellt werden, bewirken die Vermutung einer sachlichen Unrichtigkeit der Abrechnung und führen zu entsprechenden Berichtigungen, sofern der betroffene Arzt nicht nachweisen kann, daß die Abrechnung trotz der offensichtlichen Implausibilität sachlich richtig ist.

6. Gezielte Plausibilitätskontrollen sind durch die KVH auch dann durchzuführen, wenn eine Ersatzkasse begründete Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung eines Vertragsartes hat. Die Kriterien der Prüfung sind nach Maßgabe des Einzelfalles in Abstimmung zwischen der Ersatzkasse und der KVH zu bestimmen. Als Grundlage dienst hier insbesondere der Katalog unter Nrn. 3 und 4. Die KVH informiert die Antragsteller über die Ergebnisse.

Anlage K

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH

und dem VdAK sowie dem AEV vom 11.04.1996

in der Fassung des 16. Nachtrages vom 21.04.2005

Regelung bei Überschreitungen der Ausgabenvolumina für Arznei-, Verband- und Heilmittel gemäß § 84 Abs. 3 Satz 1 SGB V

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Die Vorschriften dieser Anlage gelangen nur dann zur Anwendung, wenn die tatsächlich festgestellten Ausgabenvolumina für Arznei-, Verband- und Heilmittel nach § 84 Abs. 5 Satz 1 bis 3 SGB V die vereinbarten Ausgabenvolumina für Arznei- Verband- und Heilmittel nach § 84 Abs. 1 und Abs. 8 SGB V für ein Kalenderjahr rechnerisch überschreiten. Maßgeblich hierfür ist ausschließlich die Übermittlung der Ausgaben durch die Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 84 Abs. 5 SGB V.

(2) Die Vorschriften dieser Anlage finden keine Anwendung, soweit die Ursachen der Überschreitung auf Umständen beruhen, die nicht von den Vertragsärzten zu vertreten sind und die Partner der Arznei- und Heilmittelvereinbarung darüber binnen 4 Monaten nach der Ausgabenmeldung gem. § 84 Abs. 5 SGB V eine verbindliche Festlegung treffen.

(3) Eine Saldierung von Zielverfehlungen zwischen Arznei- und Verbandmitteln einerseits sowie Heilmitteln andererseits findet nicht statt.

§ 2 Regressanspruch der Krankenkasse

(1) Bei Bestehen eines Überschreitungsbetrages nach § 1 erwerben die durch den VdAK/AEV vertretenen Krankenkassen gegenüber den Vertragsärzten, welche die im besonderen Teil der Zielvereinbarungen der Arznei- und Heilmittelvereinbarung (Indikationsbezogene Zielvereinbarungen) definierten Versorgungsziele nicht erreichen, jeweils einen Regressanspruch, der auf Ausgleich der durch die Nichterreichung der Ziele im Einzelfall entstandenen Mehrkosten für Arznei- und Heilmittelverordnungen gerichtet ist. Dies gilt nur, soweit das Abweichen von den Versorgungszielen nicht durch zwingende medizinische Gründe geboten oder gegenüber anderen Therapiealternativen die kostengünstigere Variante ist. Die Beweislast für die Anspruchsbegrenzung nach Satz 2 trägt der Vertragsarzt.

(2) Zur Ermittlung des Anspruchs gegenüber dem einzelnen Vertragsarzt werden durch Zielverfehlung in den einzelnen Zielfeldern über alle Krankenkassen entstandene Mehrkosten für Arznei- und Heilmittel mit durch Unterschreitung von Verord-

nungszielen realisierten Einsparungen je Zielfeld arztbezogen saldiert. Danach verbleibende Mehrkosten werden im Verhältnis der Anteile der Mehrkosten der einzelnen Krankenkassen quotiert und ergeben so die Obergrenze des Anspruchs der einzelnen Krankenkasse vorbehaltlich der in Abs. 1 Satz 2 genannten Umstände.

(3) Die Gesamthöhe aller Ansprüche nach Abs. 1 ist auf die Gesamthöhe der Überschreitung der Ausgabenvolumina nach § 1 Abs. 2 begrenzt. Übersteigen die durch Zielverfehlung entstandenen Mehrkosten –ausweislich der für die Ermittlung der Zielerreichung maßgeblichen Daten– der Gesamtheit der an der Arznei- und Heilmittelvereinbarung beteiligten Krankenkassenverbände die Überschreitung des Ausgabenvolumens, so sind diese Mehrkosten insgesamt nur im Verhältnis zur rechnerischen Überschreitung der Ausgabenvolumina insgesamt abzugsfähig. Die Höhe der einzelnen Regressansprüche gegen Vertragsärzte ist in diesem Fall zusätzlich bis zur Höhe des berücksichtigungsfähigen Gesamtanteils zu quotieren. Verbindliche Festlegungen der Partner der Arznei- und Heilmittelvereinbarung i. S. v. § 1 Abs. 2 sind bei der Berechnung der Quote zu berücksichtigen.
Werden im Rahmen der Arznei- und Heilmittelvereinbarung für indikationsbezogene Zielvereinbarungen andere Zeiträume, als der Geltungszeitraum der Vereinbarung (i. d. R. Kalenderjahr) festgeschrieben, so sind bei der Ermittlung der Anspruchshöhe die Daten der von der Geltung der Zielvereinbarungen betroffenen Kalendervierteljahre zugrunde zu legen. Im Rahmen der Quotierungen sind Überschreitungen der Ausgabenvolumina je Kalendervierteljahr mit 25 % der Gesamtüberschreitung zu berücksichtigen.

(4) Die Berechnungen zur Ermittlung von Regressansprüchen aufgrund von Zielverfehlungen und die Berechnungen nach Abs. 2 und 3 werden auf der Grundlage der Verordnungsdaten nach PZN für die Richtgrößenprüfung durchgeführt. Bei der Ermittlung der Höhe von Regressansprüchen sind die durch Zielverfehlung entstandenen Mehrkosten heranzuziehen. Maßgebend sind die aus den Verordnungsdaten ermittelten Nettokosten. Darüber hinausgehende Regreßansprüche der durch den VdAK/AEV vertretenen Krankenkassen aufgrund von Differenzen zu den Daten der Ausgabenmeldung nach § 84 Abs. 5 SGB V sind ausgeschlossen. Regressansprüche von Krankenkassen kommen darüber hinaus nur in Betracht, soweit Daten vorgelegt werden.

(5) Mit der Feststellung und Ermittlung der Höhe von einzelnen Regressansprüchen werden die Prüfgremien nach § 106 SGB V beauftragt. Näheres zum Verfahren regelt die Prüfungsvereinbarung.

§ 3 Durchsetzung der Ansprüche

(1) Bestandskräftige Regressansprüche der durch die von den VdAK/AEV vertretenen Krankenkassen werden in vier gleich große Teilbeträge aufgeteilt. Die KVH verrechnet diese Regressansprüche mit den in den auf den Eintritt der Bestandskraft folgenden vier Kalendervierteljahren entstehenden Honorarforderungen des Vertragsarztes. Eine Verrechnung findet einmal je Kalendervierteljahr statt. Die so erlangten Beträge werden unverzüglich an die Krankenkassen weitergeleitet. Soweit nur Teilbeträge realisiert werden können, werden diese im Verhältnis der Ansprüche aller nach gesamtvertraglichen Regelungen gegenüber dem jeweiligen Vertragarzt

aufgrund von Zielverfehlungen anspruchsberechtigten Krankenkassen quotiert. Können Regressansprüche in den vier auf den Eintritt der Bestandskraft folgenden Kalendervierteljahren auf diesem Wege nicht oder nicht vollständig beigetrieben werden, werden die Forderungen nach schriftlicher Unterrichtung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg von der anspruchsberechtigten Krankenkasse unmittelbar eingezogen.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg ist berechtigt, Ansprüche der Krankenkassen gegen Vertragsärzte nach Maßgabe von § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB IV zu stunden. Die KVH übermittelt der Krankenkasse jeweils Aufstellungen der danach zu zahlenden Teilbeträge; Abs. 1 findet insoweit keine Anwendung.

(3) Abs. 1 Satz 6 findet entsprechende Anwendung, wenn und soweit offenkundig die Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Nr. 2 SGB IV vorliegen oder der Vertragsarzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg das Vorliegen der Voraussetzungen zum Erlaß einer Forderung nach Maßgabe von § 76 Abs. 2 Nr. 3 SGB IV glaubhaft macht.

(4) Verrechnungen von Ansprüchen der Krankenkassen gegenüber einzelnen Ärzten mit der Gesamtvergütung sowie eine Haftung der KVH für die Beitreibbarkeit der Ansprüche sind ausgeschlossen.

§ 4 Inkrafttreten, Kündigung

Diese Anlage des Gesamtvertrages tritt zum 01.07.2005 in Kraft und kann abweichend von den übrigen Bestimmungen von jedem der Vertragspartner mit einer Frist von 12 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Protokollnotiz

zur Anlage K

des Gesamtvertrages der KVH mit dem VdAK sowie dem AEV vom 11.04.1996
in der Fassung des 16. Nachtrages vom 21.04.2005

Die Vertragspartner sind sich einig, daß Einreden aufgrund der Ergebnisse der Bewertungen hinsichtlich der Ursachen der Überschreitung von Ausgabenvolumina i. S. v. § 84 Abs. 3 SGB V gegen den Bestand von Ansprüchen der Krankenkassen nach dieser Anlage sowie die Durchführung von Anspruchsprüfungen nicht erhoben werden können.
Die Vertragspartner sind sich weiterhin darüber einig, daß die Feststellungen des Prüfungsausschusses nach § 19 Abs. 3 der Prüfungsvereinbarung im Rahmen der Bewertung der Erfüllung der Zielvereinbarungen nach § 84 Abs. 3 Satz 2 SGB V verbindlich sind. Das weitere rechtliche Schicksal einzelner Regressansprüche bleibt in diesem Zusammenhang außer Betracht.

Die Vertragspartner sind sich weiterhin darüber einig, daß im Rahmen der Bewertung des Verordnungsgeschehens nach § 84 Abs. 3 Satz 2 SGB V die hinsichtlich der Zielerreichung verbindlichen Feststellungen des Prüfungsausschusses nicht durch Umstände relativiert oder beeinflußt werden können, welche die Arzneimittelversorgung in den Feldern betreffen, für die keine Zielvereinbarungen getroffen wurden. Der gemäß § 19 Abs. 3 der Prüfungsvereinbarung von den Prüfgremien festgestellte Überschreitungsbetrag wird daher von den Vertragspartnern als nach gemeinsamer Bewertung minimal feststehender Überschreitungsbetrag des Ausgabenvolumens anerkannt, soweit er den Betrag der nach § 1 Abs. 2 getroffenen verbindlichen Festlegung der Parteien nicht überschreitet.

Anlage M

zwischen der KVH und dem vdek
zum Gesamtvertrag vom 11. April 1996

in der Fassung des 42. Nachtrages vom 27.05.2015

Vereinbarung
über die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Rahmen des Mammographie-Screenings in der gesetzlichen Krankenversicherung

§ 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 zu Preisen der jeweils gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung.

(2) Für die Kosten der Leistungserbringung gilt Abschnitt 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM. Die Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf in der jeweils gültigen Fassung findet Anwendung.

(3) Mit den vorstehenden Vergütungsregelungen sind alle Kosten, die zusätzlich zu den Kosten der Leistungserbringung des Mammographie-Screenings entstehen, abgegolten. Davon ausgenommen sind Kosten der zentralen Stelle und die Wegepauschalen.

(4) Die Leistungen werden über die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg abgerechnet.

§ 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 01.04.2006 in Kraft. Er kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Kalenderjahr gekündigt werden. Die Kündigung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform

P R O T O K O L L N O T I Z

zur Anlage M
zum Gesamtvertrag zwischen der KVH und dem vdek
vom 18. April 1996 in der Fassung des 42. Nachtrages vom 27.05.2015

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Festsetzung des regionalen Punktwertes für 2013 durch den Schiedsspruch des Landesschiedsamtes in seiner Sitzung am 15.08.2013 in Bezug auf den festgesetzten Zuschlag von 2,083 % unter dem Aktenzeichen L 5 KA 68/13 KL Gegenstand einer Klage vor dem Landessozialgericht Hamburg ist.

Vor diesem Hintergrund finden Nr. 4 der Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2015 und etwaige Fortschreibungen dieser Nr. 4 in Honorarvereinbarungen in den nachfolgenden Jahren auch auf diese Vereinbarung Anwendung.

Anlage N

**zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und dem vdek**

vom 11. April 1996

in der Fassung des 27. Nachtrages vom 15. Juli 2009

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

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 KVH anerkannten Fortbildungen/Qualitätszirkeln mit einer Mindestgesamtpunktzahl von 20 pro Jahr, davon mindestens 5 Punkte Fortbildungen.

(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 Die Pauschale ist nur bei der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF = Mukoviszidose; ICD E84,- G) abrechnungsfähig	94700	285,- € pro Patient pro Quartal

§ 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 Gesamt-vertrages 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 Ver-

tragsbestimmungen 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 01.07.2010 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 Jungendlichen 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

Abweichend von der vorstehenden Vereinbarung wird im 3. und 4. Quartal 2010 zusätzlich zur jeweils in Ansatz gebrachten Vergütungspauschale (GOP 94700) gemäß § 5 Abs. 2 dieser Anlage zum Gesamtvertrag eine weitere Vergütungspauschale (GOP 94701) in Höhe von je 855 EUR vergütet.

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 O

zwischen der KVH und dem vdek

zum Gesamtvertrag vom 11. April 1996

in der Fassung des 29. Nachtrages vom 20.04.2011

Vereinbarung über die
Vergütung von Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch

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 einen 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 Honorarabbrechung in Ansatz zu bringen. Hinsichtlich 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.

Anlage 1
zur
Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch

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

Anlage P

zwischen der KVH und dem vdek

zum Gesamtvertrag vom 11. April 1996

in der Fassung des 35. Nachtrages vom 9. April 2013

Vereinbarung
zur
Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen
auf die vereinbarte Gesamtvergütung

nach § 87a Absatz 3a Satz 5 in Verbindung mit § 13 Abs. 2, § 53 Absatz 4 mit Ausnahme von § 13 Absatz 2 Satz 5 SGB V

Diese gemeinsam und einheitlich geschlossene Vereinbarung wird zugleich als

- **29. Nachtrag Anlage N** zum Gesamtvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg vom 18.04.1996,
- **28. Nachtrag Anlage L** zum Gesamtvertrag mit dem BKK Landesverband Nordwest vom 18.04.1996,
- **26. Nachtrag Anlage L** zum Gesamtvertrag mit der IKK classic vom 18.04.1996,
- **4. Nachtrag Anlage 8** zum Gesamtvertrag mit der Knappschaft vom 25.11.2011 sowie
- **35. Nachtrag Anlage P** zum Gesamtvertrag mit dem vdek vom 11.04.1996.

Präambel

Die Vertragspartner schließen mit Wirkung für die von den rubrizierenden Vertragspartnern vertretenen Krankenkassen für den Zeitraum ab dem 01.04.2013 die nachfolgende Vereinbarung zur Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen auf die vereinbarte Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3a Satz 5 SGB V im Versorgungsbereich Hamburg.

§ 1
Grundlagen der Anrechnung

Für die nachfolgend abschließend aufgeführten Kostenerstattungsleistungen findet eine Anrechnung auf die vereinbarte Gesamtvergütung nach den näheren Bestimmungen dieser Vereinbarung statt:

1. Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Absatz 2 SGB V sofern

a) gemäß § 13 Absatz 2 Satz 1 SGB V generell Kostenerstattung gewählt wurde
b) gemäß § 13 Absatz 2 Satz 4, 1. Alt. SGB V eine Einschränkung auf den Bereich der ärztlichen Leistungen erfolgt ist.

2. Kostenerstattungsleistungen nach § 53 Absatz 4 SGB V sofern

a) der Tarif entsprechend 1. a) ausgestaltet ist
b) der Tarif entsprechend 1. b) ausgestaltet ist.

§ 2
Inhalt und Umfang der Anrechnung

(1) Die Anrechnung der Kostenerstattungsleistungen nach § 1 findet für Versicherte statt, die nach dem Wohnortprinzip dem Bezirk der KVH zugeordnet sind (Wohnort-KV).

(2) Eine Anrechnung erfolgt gem. § 13 Abs. 2 Satz 12 SGB V nur dann, wenn die Kostenerstattungsleistungen für ein Kalendervierteljahr gewählt wurden.

(3) Voraussetzung für eine Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen nach dieser Vereinbarung ist, dass die Vertragspartner der Prüfungsvereinbarung eine Regelung zur Herausrechnung der von Vertragsärzten bei Versicherten mit gewählter Kostenerstattungsleistung veranlassten Arzneimittelverordnungen im Rahmen der Prüfungsvereinbarung mit Wirkung für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V getroffen haben.

(4) Es werden keine pauschalen Anrechnungsbeträge vereinbart.

(5) Fälle der Kostenerstattungsleistungen nach § 1 Nr. 1 a und b sowie Nr. 2 a und b werden auf die Gesamtvergütung angerechnet, indem die Anzahl der betreffenden Versicherten einer Krankenkasse, die Kostenerstattungsleistungen gewählt haben, von der von der Krankenkasse für das betreffende Kalendervierteljahr gemeldeten Versichertenzahl für die Berechnung der regionalen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3 Satz 1 gemäß der jeweils geltenden Honorarvereinbarung in Abzug gebracht wird.

(6) Die Meldung der Versicherten erfolgt nach Maßgabe des § 4.

§ 3
Inanspruchnahme des Kollektivsystems

(1) Erfolgt durch Versicherte, die Kostenerstattungsleistungen nach § 1 Nr. 1 a, b, Nr. 2 a oder b gewählt haben, eine Inanspruchnahme von Leistungen im Kollektivvertrag, vergütet die Krankenkasse die erbrachten Leistungen zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung außerhalb der MGV.

(2) Die Ausweisung der Leistungen erfolgt im Formblatt 3 nach den Regelungen zur Darstellung der sogenannten nichtvertragskonformen Inanspruchnahme (NVI) bei der Bereinigung von Selektivverträgen (288. Beschluss des Bewertungsausschusses Teil A Ziffer 3.1.6 Nr. 4 - ggf. einschließlich etwaiger Folgebeschlüsse - in Verbindung mit Anlage 6 der Bundesmantelverträge I, Abschnitt 1 § 1 Absatz 3a). Die KV Hamburg liefert hierzu an die betreffenden Krankenkassen
1. die Datenlieferung gem. Anlage 6 der Bundesmantelverträge I, Abschnitt 1 § 1 Absatz 3a,
2. die Datenlieferung nach 1. ausschließlich für die NVI-Fälle sowie
3. die Datenlieferung nach 1. ausschließlich für die Fälle des Abs. 1.

(3) Die Vergütungen nach Absatz 1 werden entsprechend der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelungen bei der Ermittlung der Abschlagszahlungen berücksichtigt.

§ 4
Datenlieferung und Frist

(1) Die Datenlieferungsverpflichtungen entsprechend des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 263. Sitzung am 17. Oktober 2011 Teil B mit Wirkung zum 17. Oktober 2011 - ggf. einschließlich etwaiger Folgebeschlüsse - stellen keine taugliche Grundlage für eine Datenlieferung dar, die die Anforderungen nach dieser Vereinbarung vollständig erfasst. Daher ist die Anzahl der Versicherten, die Kostenerstattungsleistungen nach § 1 Nr. 1 a, b, Nr. 2 a oder b gewählt haben, der KVH unter Angabe der Krankenversichertennummer, Name, Vorname, Geburtsdatum und PLZ nach Anlage 1 in Papierform zu melden (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung). Die Meldung kann an die FAX-Nr. 040/22802-420 erfolgen.

(2) Die Meldung hat durch die Krankenkasse bis spätestens 1 Woche vor Ablauf des Kalendervierteljahres zu erfolgen, für das die Anrechnung nach dieser Vereinbarung erfolgen soll.

(3) Erfolgt keine fristgerechte Lieferung der Daten an die KVH, findet eine Anrechnung für das betreffende Kalendervierteljahr nicht statt.

§ 5
Inkrafttreten und Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2013 in Kraft. Der Vertrag kann jeweils mit einer Frist von drei Monaten zum Schluss eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.

(2) Sofern Krankenkassen und/oder einzelne der rubrizierenden Vertragspartner mit der KV Hamburg bestehende Vereinbarungen zur Anrechnung von Kostenerstattungen haben, finden diese vorrangig Anwendung, wenn in den Vereinbarungen sichergestellt ist/wird, dass alle in der vorstehenden Vereinbarung aufgeführten Arten der Kostenerstattung erfasst sind und darüber hinaus Ausschlussfristen für den Eingang der Versichertenmeldungen inklusive Krankenversichertennummern an die KV Ham-

burg und die gemeinsame Prüfungsstelle vorgesehen sind, die der Frist in § 4 entspricht.

Hamburg, den 09.04.2013

Anlage 1 zur Vereinbarung

Kassenstempel

Datum: _____
Kassennummer: _____
Quartal: _____

Kassenärztliche Vereinigung – Erfassung Kostenerstattung

Fax-Nr.: 040/22802-420 +++Fax-Nr.: 040/22802-420 +++ Fax-Nr.: 040/22802-420

Abgabetermine: Gem. § 4 hat Meldung durch die Krankenkasse bis spätestens 1 Woche vor Ablauf des Kalendervierteljahres zu erfolgen, für das die Anrechnung nach dieser Vereinbarung erfolgen soll.

Meldung der Versicherten gem. der Vereinbarung über die Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen auf die Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3a Satz 5 SGB V

Versicherte nach
nach § 1 Nr. 1 a, b, Nr. 2 a
oder b der Vereinbarung

Die Krankenversichertennummern, Name, Vorname, Geburtsdatum und PLZ aller gemeldeten Versicherten, die Kostenerstattung nach § 1 Nr. 1 a, b, Nr. 2 a oder b der Vereinbarung gewählt haben, sind dieser Meldung als Anlage beigefügt.

_____
Unterschrift

Anlage 1 zur Vereinbarung

Datum: _____
Kassennummer: _____
Quartal: _____

Lfd. Nr.	Kranken-versicherten-nummer	Name	Vorname	Geburtsdatum	PLZ

Anlage Q

zwischen der KVH und dem vdek

zum Gesamtvertrag vom 11. April 1996
in der Fassung des 44. Nachtrages vom 24.06.2014

Vereinbarung
zur
Durchführung des Screenings multiresistenter gramnegativer Erreger (MRGN)
im Vorwege von Krankenhausbehandlungen

Diese gemeinsam und einheitlich geschlossene Vereinbarung zur Durchführung des Screenings multiresistenter gramnegativer Erreger (MRGN) wird als

40. Nachtrag zum Gesamtvertrag der **AOK Rheinland/Hamburg** als Anlage **P,**

39. Nachtrag zum Gesamtvertrag des **BKK-Landesverbandes NORDWEST** als Anlage **M,**

36. Nachtrag zum Gesamtvertrag der **IKK classic** als Anlage **M,**

11. Nachtrag zum Gesamtvertrag der **Knappschaft** als Anlage **9** und

44. Nachtrag zum Gesamtvertrag der **Ersatzkassen in Hamburg** als Anlage **Q**

Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Präambel

Vorwiegendes Ziel dieser Vereinbarung ist die Ermittlung derjenigen Risikopatienten, die mit multiresistenten gramnegativen Keimen besiedelt oder infiziert sind, um die Reduktion der Übertragungen der Erreger zu ermöglichen.

Da bisher gesetzlich kein ambulantes Screening auf MRGN im Vorwege von Krankenhausbehandlungen gefordert ist, soll anhand des hier verankerten Screenings von Risikogruppen sowohl die Prävalenz von MRGN-Trägern bei Aufnahme in Hamburger Krankenhäusern ermittelt werden als auch eine solide Datenbasis für die Evaluation weiterer Präventivmaßnahmen geschaffen werden.

§ 1 - Teilnahmeberechtigte Ärzte

(1) Die Genehmigung zur Abrechnung der in **- Anlage 1 -** beschriebenen Leistungen kann von allen im Bereich der KV Hamburg zugelassenen Vertragsärzten bei der KV Hamburg beantragt werden. Dem formlosen Antrag ist der entsprechende Fachkundenachweis in Form einer Schulung mit entsprechender Zertifizierung, die auch online erworben werden kann, beizufügen. Über den Antrag entscheidet die KV Hamburg.

(2) Die Laborziffern können nur von durch die KV Hamburg zugelassenen Vertragsärzten für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie abgerechnet werden.

(3) Die KV Hamburg führt ein Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte und übersendet dieses quartalsweise an die Vertragspartner.

§ 2 - Risikopatienten

Nach § 1 Abs. 1 qualifizierte Vertragsärzte führen die in Anlage 1 bezeichneten Leistungen bei Risikopatienten durch, bei denen eine elektive stationäre Krankenhausbehandlung indiziert ist. MRGN-Risikopatienten sind in **- Anlage 2 -** definiert.

§ 3 - Screening-Maßnahmen

(1) Bei den zu screenenden Patienten ist ein Abstrich im Nasen-/Rachenraum und ein Abstrich rektal zu nehmen und, wenn vorhanden, ein Abstrich von chronischen Wunden und/oder Kathetern.

(2) Das Screening muss in einem Zeitraum von 7 - 14 Tagen vor geplanter Krankenhausaufnahme erfolgen und durch den einweisenden Arzt oder in dessen Auftrag durchgeführt werden.

(3) Die Informationsweitergabe des Befundes an das Krankenhaus ist durch den screenenden Arzt sicherzustellen. Dies gilt sowohl für positive wie für negative Befunde.

(4) Die Übermittlung des positiven Befundes an das Krankenhaus erfolgt mittels des „Hamburger Begleitbogens“ gemäß **- Anlage 3b -**, negative Befunde werden anhand des Begleitbogens nach **- Anlage 3a -** übermittelt.

§ 4 - Vergütung

(1) Die Vergütung für die nach diesem Vertrag zu erbringenden vertragsärztlichen Leistungen für teilnehmende Versicherte gemäß Anlage 1 erfolgt seitens der Krankenkasse gegenüber der KV Hamburg außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

(2) Die Vergütung wird nur für vertragsgemäß erbrachte Leistungen gezahlt.

(3) Die vertragsärztlichen Leistungen für Versicherte werden nach Maßgabe der jeweils geltenden Abrechnungsregelungen der KV Hamburg vergütet, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird.

(4) Die Befundübermittlung an das Krankenhaus nach § 3 Abs. 4 dieser Vereinbarung erfolgt ohne gesonderte Vergütung.

§ 5 - Evaluation

Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass eine Evaluation der Screening-Maßnahmen erforderlich ist. Einzelheiten hierzu werden in einer Rahmenvereinbarung unter Einbeziehung der Krankenhäuser und der BGV geregelt. Sofern diese Rahmenvereinbarung nicht binnen eines Jahres nach Inkrafttreten der vorliegenden Vereinbarung zustande gekommen ist, tritt die vorliegende Vereinbarung automatisch außer Kraft, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

§ 6 - Datenschutz

Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich, bei Erhebung, Verarbeitung, Nutzung, Speicherung und Weitergabe personenbezogener Daten die datenschutzrechtlichen Vorschriften - insbesondere den Sozialdatenschutz nach dem SGB V und die ärztliche Schweigepflicht einzuhalten sowie ihre Mitarbeiter auf die Einhaltung des Datengeheimnisses zu verpflichten.

§ 7 - Abrechnung

(1) Die erbrachten Leistungen sind von den teilnehmenden Ärzten im Rahmen der regulären Abrechnung über die KV Hamburg abzurechnen. Die KV Hamburg ist berechtigt, die Verwaltungskostenbeiträge nach ihrer Satzung in der jeweils gültigen Fassung gegenüber den teilnehmenden Ärzten bei der Honorarabrechnung in Ansatz zu bringen.

(2) Hinsichtlich der Abrechnung durch die KV Hamburg, der Zahlungstermine, der rechnerisch/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages. Die KV Hamburg rechnet die Vergütungspauschalen mit der Quartalsabrechnung gegenüber der Krankenkasse ab.

(3) Der Datenaustausch zum Abrechnungsverfahren erfolgt auf der Grundlage des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern. Die Abrechnung der in diesem Vertrag vereinbarten Vergütungen erfolgt gemäß § 295 SGB V über die KV Hamburg. Die Ausweisung erfolgt im Formblatt 3 im Konto 400, Kapitel 87 auf der Ebene 6. 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.

§ 8 - Laufzeit und ordentliche Kündigung

Der Vertrag tritt am 1. Juli 2014 in Kraft. Er kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Kalenderhalbjahr gekündigt werden, mit der Folge, dass er für alle Vertragspartner seine Gültigkeit verliert.

Sollten Screening-Leistungen auf MRGN in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen werden, besteht für die Vertragspartner ein Sonderkündigungsrecht für den vorliegenden Vertrag. Die Kündigung ist zum Termin des Inkrafttretens der Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs möglich.

§ 9 - Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar oder nichtig sein bzw. nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar oder nichtig werden, so wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrags im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren oder nichtigen Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen beziehungsweise nichtigen oder undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist.

Hamburg, den 24.06.2014

Anlage 1 zur Vereinbarung zur Durchführung des Screenings multiresistenter gramnegativer Erreger (MRGN) im Vorwege von Krankenhausbehandlungen

Leistung	GOP	Summe
Anamnese mit Statuserhebung auf Dokumentationsbogen: Risiken und Screening-Plan - nur zusammen mit Ziffer 96771 a/b abrechenbar -	96770	3,55 EUR
Nasen-/Rachen-, Wund-, Katheterabstrich bei jedem Risikopatienten - nur 1x pro Behandlungsfall abrechenbar -	96771 A	2,00 EUR
Rektalabstrich bei jedem Risikopatienten - nur 1x pro Behandlungsfall abrechenbar -	96771 B	3,00 EUR
Beratung und Betreuung Risikopatient bei **positivem** MRGN Ergebnis, ggf. unter Einbeziehung der Kontaktpersonen; je vollendete 10 min - maximal 4x pro Behandlungsfall abrechenbar - - Voraussetzung für die Abrechnung ist die endstellige Kodierung einer gesicherten Diagnose gemäß Kap. U80.! bzw. Kap. U81.-! ICD-10	96772	8,65 EUR
Telefonischer Kontakt bei 3 MRGN-Befund zwischen dem Vertragsarzt und dem benannten Krankenhausansprechpartner gemäß der von der HKG bereitgestellten Liste der Ansprechpartner zur Durchführung des Vertrages. Abklärung der Grunderkrankung und der daraus resultierenden elektiven Krankenhauseinweisung unter besonderer Berücksichtigung des zusätzlichen 3 MRGN-Befundes. Terminvereinbarung und ggf. Abklärung besonderer Bedingungen für den Krankenhausaufenthalt. Berücksichtigung und Weitergabe dieser speziellen Informationen im Beratungs- und Betreuungsgespräch nach Ziffer 96772 an den Patienten. - nur 1x pro Behandlungsfall abrechenbar - *Die Ziffer 96773 ist nicht zusätzlich zur Ziffer 96774 abrechenbar.*	96773	15,40 EUR

Telefonischer Kontakt bei 4 MRGN-Befund zwischen dem Vertragsarzt und dem benannten Krankenhausansprechpartner gemäß der von der HKG bereitgestellten Liste der Ansprechpartner zur Durchführung des Vertrages. Abklärung der Grunderkrankung und der daraus resultierenden elektiven Krankenhauseinweisung unter besonderer Berücksichtigung des zusätzlichen 4 MRGN-Befundes. Terminvereinbarung und ggf. Abklärung besonderer Bedingungen für den Krankenhausaufenthalt. Berücksichtigung und Weitergabe dieser speziellen Informationen im Beratungs- und Betreuungsgespräch nach Ziffer 96772 an den Patienten. - nur 1x pro Behandlungsfall abrechenbar - *Die Ziffer 96774 ist nicht zusätzlich zur Ziffer 96773 abrechenbar.*	96774	15,40 EUR
MRGN-Screening (Enterobakterien **und** Nonfermenter) auf mind. zwei Selektivnährböden als Basisdiagnostik	96780	10,40 EUR

Differenzierung gezüchteter Bakterien mittels mono- oder polyvalenter Seren, je Antiserum
 	
Der Höchstwert für die Untersuchung nach der Ziffer 96781 beträgt 39,00 EUR.
 	
Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien, gilt für die Ziffern 96782 bis 96784
 	
Obligater Leistungsinhalt:
- Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien mittels
  o biochemischer und/oder kultureller Verfahren oder
  o Nukleinsäuresonden
 	
Fakultativer Leistungsinhalt:
- Subkultur(en), je Bakterienart und/oder -typ
	96781	3,90 EUR

Verfahren mit bis zu drei Reaktionen	96782	3,60 EUR
Verfahren mit mindestens vier Reaktionen	96783	5,30 EUR
Verfahren mit mindestens zehn Reaktionen	96784	8,80 EUR

Empfindlichkeitsprüfung von ätiologisch relevanten Bakterien aus dem **Urin** oder anderen Materialien gegen **drei bis sieben Chemotherapeutika,**
 	
Obligater Leistungsinhalt:
- Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten, ätiologisch relevanten Bakterien aus dem Urin oder anderen Materialien gegen drei bis sieben Chemotherapeutika
  o im standardisierten Agar-Diffusionstest und/oder
  o mittels Breakpoint-Methode
	96785	5,40 EUR

Fakultativer Leistungsinhalt: - Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) mittels Gradienten-Diffusion, je Bakterienart, höchstens zwei Bakterienarten je Untersuchungsprobe *Die Ziffer 96785 ist bei demselben Material nicht neben der Ziffer 96786 berechnungsfähig.*		

Empfindlichkeitsprüfung von ätiologisch relevanten Bakterien außer aus **Urin** oder anderen Materialien gegen **mindestens acht Chemotherapeutika,**
 	
Obligater Leistungsinhalt:
- Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten, ätiologisch relevanten Bakterien außer aus Urin gegen mindestens acht Chemotherapeutika
  o im standardisierten Agar-Diffusionstest und/oder
  o mittels Breakpoint-Methode
 	
Fakultativer Leistungsinhalt:
- Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) mittels Gradienten-Diffusion, je Bakterienart, höchstens zwei Bakterienarten je Untersuchungsprobe
 	
Die Ziffer 96786 ist bei demselben Material nicht neben der Ziffer 96785 berechnungsfähig.
	96786	8,90 EUR

Die vorgenannten Leistungen (mit Ausnahme der Ziffern 96780 - 96786) dürfen im selben Behandlungsfall nicht neben den GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952 abgerechnet werden.

Unter Berücksichtigung und Konkretisierung der aktuellen KRINKO-Empfehlung verständigen sich die Vertragspartner vorläufig auf folgende Risikogruppe:

Patienten mit

- MRGN-Anamnese
- Kontakt zu 4MRGN-positivem Patienten
- Kontakt zu 3MRGN-positivem Patienten
- Mehrfachantibiotika-Therapie (mehr als 3x pro Jahr)
- chronischen Wunden
- Auslandsaufenthalt
    - in den letzten drei Monaten mit stationärem Aufenthalt in 4-MRGN Risikogebieten (z. B. Südeuropa, Naher Osten, Indien, Pakistan)
    - in den letzten 6 Monaten von mehr als 6 Wochen ununterbrochen im Mittelmeerraum, Südeuropa, Nordafrika, Arabische Halbinsel

Bei Vorliegen von neuen bzw. abweichenden medizinischen Erkenntnissen ist die Definition ggf. anzupassen.

Dokumentationsbogen
MRGN-Screening Hamburg:
Negativer Befund bei Risikopatienten

Patientendaten:	Einrichtung/Stempel
Name: Vorname: Geburtsdatum: Adresse:	

Das Screening erfolgte aufgrund positiver Anamnese folgender MRGN- Risikofaktoren:

- ☐ MRGN Anamnese
- ☐ Kontakt zu MRGN Patienten
- ☐ Mehrfachantibiotikatherapie mehr als 3 x/ Jahr
- ☐ chronische Wunden
- ☐ Patienten mit Kontakt zum Gesundheitssystem in den letzten drei Monaten in Ländern mit endemischem Auftreten von 4-MRGN (z. B. Südeuropa, Naher Osten, Indien, Pakistan)
- ☐ Patienten mit Aufenthalt > 6 Wochen ohne Unterbrechung in den letzten 6 Monaten im Mittelmeerraum, Südeuropa, Nordafrika, Arabische Halbinsel

Lokalisation:
Wo wurde das MRGN-Screening durchgeführt :

Nase/Rachen-Abstrich	☐	Nachweis **negativ** am _____
Anal-Abstrich	☐	Nachweis **negativ** am_____
Wund-Abstrich	☐	Nachweis **negativ** am _____

Anmerkungen:_____

Datum: _____Unterschrift_____

MRE-Netzwerk Hamburg

- Gemeinsam gegen multiresistente Erreger -

Begleitbogen **M**ulti**R**esistente**E**rreger Hamburg

Patientendaten:	Einrichtung/Stempel
Name: Vorname: Geburtsdatum: Adresse:	Telefon für Rückfragen:
MRE in der Vorgeschichte ☐ Nein ☐ Ja	Erreger:

Aktueller Nachweis eines Krankheitserregers mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen
gemäß § 23 Absatz 8 Nummer 10 Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Verbindung mit § 14 Absatz 1 HmbMedHygVO

☐	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA)		
☐	Vancomycin-resistenter Enterococcus (VRE)		
☐	Enterobacteriaceae(z.B. E.coli, Klebsiellen etc.)	☐ 3MRGN	☐ 4MRGN
☐	Acinetobacter baumannii	☐ 3MRGN	☐ 4MRGN
☐	Pseudomonas aeruginosa	☐ 3MRGN	☐ 4MRGN

Sonstige:

Trägerstatus:

Lokalisation	**Kol.**	**Inf.**	**Unbekannt**	**Datum letzter Nachweis**
☐ Nase/Rachen	☐	☐	☐	_____
☐ Wunde	☐	☐	☐	_____
☐ Stuhl/Anal	☐	☐	☐	_____
☐ Blutkultur	☐	☐	☐	_____
☐ Sputum/Tracheal	☐	☐	☐	_____
☐ Urin	☐	☐	☐	_____
☐ Haut	☐	☐	☐	_____
☐ Devices*	☐	☐	☐	

*z.B. Katheter, Sonden, PEG, Tracheostoma, Stoma

MRSA -Sanierungsstatus:

Sanierung	☐ Nicht indiziert	☐ Indiziert aber nicht begonnen	☐ Begonnen am:	☐ Abgeschlossen
Kontrolle Durchgeführt	☐ Ja	☐ Nein	☐ noch Positiv	☐ Negativ

Anmerkungen: _____

Bitte nicht vergessen:
Krankentransport wurde informiert am:

Datum: Unterschrift:

Honorarvereinbarung 2009
vom 26. November 2008
in der Fassung
des 3. Nachtrages vom 9. Juni 2010

Zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

und

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

dem **BKK- Landesverband NORD**,
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau und
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 den Leiter in der vdek-Landesvertretung Hamburg

wird folgende

Honorarvereinbarung 2009

geschlossen:

Diese gemeinsam und einheitlich geschlossene Honorarvereinbarung wird als Anlage Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

1. Ambulante ärztliche Leistungen werden, soweit in dieser Vereinbarung nichts abweichendes bestimmt ist, nach der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Dies gilt auch für ambulante ärztliche Leistungen von Krankenhäusern in Notfällen mit der Maßgabe, dass diese mit 90 % nach der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Euro-Gebührenordnung vergütet werden.

2. Der Punktwert zur Kalkulation der Vergütung der Leistungen nach der regionalen Euro-Gebührenordnung (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) im Jahre 2009 beträgt 3,5001 Cent.

3. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des Behandlungsbedarfs je Versicherten der Krankenkasse (Anlage 2 zu dieser Vereinbarung) und der jeweils aktuellen Zahl der Versicherten der Krankenkasse sowie dem Punktwert nach Nr. 2.

3.1. Die rubrizierenden Verbände der Krankenkassen liefern der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg jeweils binnen 4 Wochen nach Ablauf eines Kalendervierteljahres eine Aufstellung ihrer Versicherten in dem Kalendervierteljahr.

3.2. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung stellt eine höchstzulässige Obergrenze dar und wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4 dieser Vereinbarung) gezahlt. Darüber hinaus kann eine Nachschusspflicht ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V auf der Grundlage des Beschlusses des EBA vom 27./28.08.2008 und 23.10.2008 Teil E gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V begründet werden.

3.3. Werden RLV einzelner Ärzte bzw. Praxen i. S. des § 87b Abs.2 S.2 SGB V tatsächlich nicht ausgeschöpft, werden diese Unterschreitungsbeträge versorgungsbereichsspezifisch den Rückstellungen gemäß Beschluss Teil G des Beschlusses des EBA vom 27./28. August 2008 zugeführt und stehen für einen Ausgleich von Unterdeckungen der Rückstellungen zum Beschluss Teil G und der Vorwegabzüge gemäß Nr. 2 der Anlage 2 zum Beschluss Teil F zur Verfügung. Nach einem Ausgleich von Unterdeckungen der Rückstellungen zum Beschluss Teil G und der Vorwegabzüge gemäß Nr. 2 der Anlage 2 zum Beschluss Teil F nicht verbrauchte Beträge dieser Rückstellungen gemäß Satz 1 werden versorgungsbereichsspezifisch gesonderten Rückstellungen zugeführt. Diese Rückstellungen erhöhen versorgungsbereichsspezifisch die ermittelten RLV-Vergütungsvolumen des nächsterreichbaren Kalendervierteljahres.

3.4. Die psychotherapeutischen Leistungen sind Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen. Das Vergütungsvolumen für die antrags- und genehmi-

gungsbedürftigen psychotherapeutischen Leistungen wird gem. dem Beschluss des EBA gebildet. Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg bildet ein angemessenes Vergütungsvolumen sowie zusätzlich eine Rückstellung aus der Summe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

3.5. Die KVH bildet ausreichend Rückstellungen und Vorwegabzüge gemäß der Vorgaben der Beschlussteile G und F des EBA. Über- und Unterdeckungen bei den gebildeten Rückstellungen bzw. Vorwegabzügen werden über die Berechnung der versorgungsbereichsspezifisch ermittelten Regelleistungsvolumen für das nächst erreichbare Quartal ausgeglichen.

3.6. Die KVH stellt eine Rechnungslegung entsprechend der Regelungen dieses Vertrages sicher. In die Rechnung fließen die kassenindividuelle quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (höchstzulässige Obergrenze), Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß dieser Honorarvereinbarung und gesonderten vertraglichen Regelungen sowie durchlaufende Posten ein.

3.7. Zur Vermeidung zukünftiger Verwerfungen in der Honorarsystematik und zur korrekten Darstellung des Hamburger Leistungsgeschehens im Zuge zukünftiger Datenlieferungen gegenüber dem InBa wird das Formblatt 3 des ersten Quartals 2009 sowie sämtliche übrigen Datenlieferungen an das InBa, die im Zusammenhang mit den C4 Daten und der Ermittlung der HVV Quoten von Bedeutung sind (insbesondere Daten der arztseitigen Rechnungslegung) korrigiert. Für die folgenden Quartale des Jahres 2009 wird eine den Bestimmungen dieses Vertrages entsprechende Rechnungslegung von der KVH zugesichert.

4. Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden folgende Leistungen von den Krankenkassen vergütet:

4.1. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe),

4.2. Leistungen des Kapitels 31 der Gebührenordnung sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,

4.3. Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4 der Gebührenordnung,

4.4. Früherkennungsuntersuchungen nach der GOP 01723 (U 7 a),

4.5. Leistungen des Hautkrebsscreenings nach den GOP 01745, 01746,

4.6. Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

4.7. Leistungen der Strahlentherapie nach Kapitel 25 der Gebührenordnung (GOP 25210 bis 25342),

4.8. Phototherapeutische Keratektomien nach den GOP 31362, 31734, 31735 und 40680,

4.9. Leistungen der künstlichen Befruchtung, nach den GOP 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, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, und 33090 sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den GOP 32354, 32356, 32357, 32575 bis 32577, 32660 und 32781, 36272, 36503 und 36822.

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.

4.10. Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den GOP 01950 bis 01952,

4.11. Excisionen beim Hautkrebsscreening nach den GOP 10343 und 10344,

4.12. Leistungen der Schmerztherapie nach Abschnitt 30.7.1. der regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V,

4.13. Dialyse Sachkostenpauschalen nach den GOP 40800 bis 40822,

4.14. die Pauschalen für das Sozialpädiatrische Zentrum Dr. Flehmig, die von der KVH im Auftrag der Krankenkassen abgerechnet werden,

4.15. Kostenpauschalen nach den GOP 40870 und 40872 für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen nach Maßgabe der Leistungsvoraussetzungen nach Anlage 8 EKV/BMV-Ä (Delegationsvereinbarung) mit Wirkung ab dem 01. April 2009,

4.16. Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(A)-Erhöhung nach der GOP 13622 einschließlich der Sachkosten ab dem 01. April 2009,

4.17. Kostenpauschalen nach den GOP 40860 und 40862 zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ab dem 01. April 2009,

4.18. Spezialisierte Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922 und 30924 ab dem 01. Juli 2009,

4.19. Kostenpauschalen im Zusammenhang mit der Verordnung besonderer Arzneimitteltherapie nach den GOP 40865 bis 40868 ab dem 01. Juli 2009,

4.20. Nukleinsäurennachweis von Influenza A/H1N1 nach der GOP 88740 sowie der Influenza Schnelltest nach der GOP 88741 ab dem 17. August 2009,

4.21. Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882 ab dem 01. Oktober 2009,

4.22. Der Leistungsbedarf des Jahres 2007 als Ausgangsbasis für die Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des Jahres 2009 wird um die auf die Leistungen nach Nr. 4.11, 4.12 und 4.13 entfallenden Leistungsbedarfe des Jahres 2007 bereinigt. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass in Euro bewertete Kostenpauschalen in Punktzahlen umgerechnet worden sind.

4.23. Das vom Bewertungsausschuss nach § 87 a Abs.5 Satz 4 SGB V festzulegende Verfahren ist für die Leistungen nach 4.11. - 4.13. dieses Vertrages entsprechend anzuwenden.

4.24. In Umsetzung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Überbrückung des Engpasses mit Radiopharmaka werden Leistungen der PET-Untersuchungen mit 18-Fluorid ab dem 01.01.2009 bis zum 31.12.2009 mit einem Betrag von 500 EUR (GOP 88738) vergütet.

Hiervon werden 410,64 EUR außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Im Übrigen erfolgt die Vergütung der PET-Untersuchung mit 18-Fluorid in dem Umfang, in welchem die Vergütung der durch die genannten Verfahren substituierten Knochenszintigraphien erfolgt wäre, aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung/den Regelleistungsvolumina der Vertragsärzte, die die PET-Untersuchung erbringen. Eine Bereinigung findet nicht statt.

Die differenzierte Ausweisung nach der vorgenannten Regelung erfolgt im Formblatt 3 in der Kontenart 400 unter Kapitel 88 in der Ebene 6. Hierbei wird der Betrag von 500 EUR (GOP 88738)

- in Höhe von 89,36 EUR mit der Kennzeichnung 88738A innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ausgewiesen und
- in Höhe von 410,64 EUR mit der Kennzeichnung 88738B außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ausgewiesen.

5. Für die Leistungen

5.1. nach Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses in der Fassung vom 23.10.2008 Teil H Nr. 1.6 wird ein Zuschlag in Höhe von 0,7182 Cent

5.2. nach Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses in der Fassung vom 23.10.2008 Teil H Nr. 1.7 wird ein Zuschlag in Höhe von 1,2511 Cent,

5.3. nach Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses in der Fassung vom 23.10.2008 Teil H Nr. 1.1 wird ein Zuschlag in Höhe von 0,3288 Cent

auf den Punktwert nach Nr. 2. gezahlt.,

6. Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

6.1. Für jeden Besuch nach den GOP 01410, 01411, 01412 und 01721, für jede erste Visite am Behandlungstag in einer der in GOP 01414 oder 01415 genannten Einrichtung sowie einmal zu Leistungen nach GOP 05230 eine Wegepauschale nach Wegebereichen und Besuchszeiten in folgender Höhe:

a) Pauschale für Besuche nach GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

3,36 Euro (Abrechnungsnummer 97234);

b) Pauschale für Besuche nach GOP 01410 , 01721, 05230 und 01414 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

6,62 Euro (Abrechnungsnummer 97235);

c) Pauschale für Besuche nach GOP 01410 , 01721, 05230 und 01414 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

9,66 Euro (Abrechnungsnummer 97236);

d) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

6,62 Euro (Abrechnungsnummer 97237);

e) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

10,29 Euro (Abrechnungsnummer 97238);

f) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

13,86 Euro (Abrechnungsnummer 97239);

g) Pauschale für einen Besuch nach GOP 01410 oder 01414 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4 :

11,24 Euro (Abrechnungsnummer 97160);

h) Pauschale für einen Besuch nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

15,54 Euro (Abrechnungsnummer 97161).

6.2. Das Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet. Die KVH stellt jedem Vertragsarzt hierfür eine Karte im Maßstab 1 : 50.000 zur Verfügung, auf der sowohl der Praxissitz als auch die Grenzen für den Rand und den Fernbereich eingezeichnet sind.

6.3. Die Wegepauschalen sind je Besuch bzw. Visite unabhängig davon berechnungsfähig, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung des jeweiligen Wegepauschales nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines der drei Wegebereiche.

6.4. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale der KVH mit einem Fahrdienst ausgeführt, so werden die Beträge für Wegeentschädigungen nicht an den Arzt abgeführt, sondern als Kosten des Notfalldienstes einbehalten. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale nicht mit einem Fahrdienst, sondern im eigenen Wagen des Arztes ausgeführt, so erhält der Arzt in einem generell im Notfalldienst mit Fahrdienst befahrenen Bezirk den von den Kostenträgern zu zahlenden Pauschalbetrag. Dies gilt nicht für Leistungen, die von Vertragsärzten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten sowie bei gegenseitiger Vertretung erbracht werden.

6.5. Für die Berechnung des Wegepauschales ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist.

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

7. Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Krankenkassen wird die stationäre vertragsärztliche Tätigkeit mit Ausnahme der Nr. 4.1. dieses Vertrages wie folgt vergütet:

7.1. Dem anerkannten Belegarzt werden die Visiten im Krankenhaus je Patient nach der GOP 01414 vergütet. Beim jeweils ersten Aufsuchen der Belegklinik am Behandlungstag wird zusätzlich für den ersten visitierten Patienten das entsprechende Wegepauschale nach Nr. 6 vergütet. Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung von Besuchen ausgeschlossen.

7.2. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

7.3. Ferner gelten für die Vergütung des Belegarztes folgende Besonderheiten:

a) Leistungen, für die in der Euro-Gebührenordnung bei belegärztlicher Leistungserbringung ein Abschlag vorgesehen ist, werden entsprechend bewertet.

b) Leistungen der Kapitel 33 und 34 Euro-Gebührenordnung werden mit 60 % der Sätze der Gebührenordnung bewertet; können diese Leistungen im Belegkranken-

haus nicht erbracht werden, werden sie mit den Sätzen der Gebührenordnung bewertet.

c) Leistungen des Kapitels 32 der Euro-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen des Kapitels 01 der Euro-Gebührenordnung, die mit mindestens 6,-- Euro bewertet sind, werden mit den Sätzen der Euro-Gebührenordnung bewertet.

Die Leistungen des Kapitels 32 der Euro-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen aus dem Kapitel 01 der Euro-Gebührenordnung sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in § 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 28 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag genannten Voraussetzungen erfüllt sind;

d) alle übrigen Leistungen, die in der Euro-Gebührenordnung mit mehr als 6,-- Euro bewertet oder als Zuschlag beschrieben sind, werden mit dem vollen Satz der Euro-Gebührenordnung bewertet.

e) Leistungen, die in der Euro-Gebührenordnung mit weniger als 6,-- Euro bewertet sind, werden nicht vergütet.

7.4. Die reduzierten Vergütungssätze nach Nr. 7.3. gelten unabhängig davon, ob die Geräte dem Krankenhaus oder dem Belegarzt gehören.

7.5. Vom Belegarzt konsiliarisch oder mitbehandelnd hinzugezogene Vertragsärzte, die nicht selbst Belegärzte in demselben Belegkrankenhaus sind, rechnen ihre Leistungen nach den Bedingungen für die ambulant-kurative Versorgung ab.

Für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses zur Durchführung von Anästhesieleistungen wird dem Facharzt für Anästhesiologie für jeden Kranken einmal am Behandlungstag die GOP 05230 vergütet.

7.6. Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Punkte 7.1. bis 7.4. vergütet.

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.

a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitschaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.

Die Krankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.

Der Belegarzt hat - gegebenenfalls durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers - gegenüber der KVH nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind.

b) Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.

Dies gilt auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Krankenkassen ein Betrag von 3,07 Euro pro Patient und Pflegetag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflegetage.

7.8. Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung des Bereitschaftsdienstes vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr.7.7. dieser Anlage, ohne dass es einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf.

8. Nachvergütungen aufgrund unvorhersehbarer Anstiege des Behandlungsbedarfs gemäß § 87 a Abs. 5 Nr. 1 SGB V und der dazu ergangenen Beschlüsse des EBA, Teil E vom 27./28.08.2008 und 02.09.2009 werden nach Eingang entsprechender Daten und nach der gemeinsamen Feststellung nach Nr. 3.2. dieser Vereinbarung binnen 6 Wochen fällig. Zusätzliche Vergütungen aufgrund von Epidemien oder Großschadensereignissen werden in diesem Zusammenhang von den Krankenkassen im Wege der kassenseitigen Abrechnungen durch Nachweis der nach Maßgabe der ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg gekennzeichneten Behandlungsbedarfe vergütet.

Der mit der Nummer 88200 gekennzeichnete Leistungsbedarf, betreffend kurative Leistungen im Zusammenhang mit der Influenza A/H1N1, welcher über die Leistungen nach Ziffer 4.20 hinaus geht, wird von den Krankenkassen als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes außerhalb der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.
Dabei handelt es sich gem. Beschluss Teil E der Beschlüsse des (erweiterten) Bewertungsausschusses um Einmalzahlungen, die nicht Bestandteil der Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung im nachfolgenden Vertragszeitraum sind.
Die konkrete Kennzeichnung der einzelnen GOP erfolgt nach Maßgabe der ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg. Im Formblatt 3 sind diese Leistungen bis zur 6. Ebene in einem gesonderten Abschnitt (Influenza A/H1N1) auszuweisen unter Konto 400, Kapitel 80.
Die Kennzeichnung wird innerhalb der sachlich rechnerischen Prüfung von der KVH unter Beachtung der entsprechend gesicherten Diagnose (J09G – nach positivem PCR-Test) geprüft. Die sachlich rechnerische Prüfung erfolgt auf der Grundlage des in der Anlage 4 beigefügten Kataloges, der Leistungen enthält, die im Zusammenhang mit der Infektion mit dem A/H1N1 Virus erbracht werden.

Sollte der BA/EBA konkretisierende Regelungen zur Abrechnung des mit 88200 gekennzeichneten Leistungsbedarf beschließen, tritt die Anlage 4 ganz oder teilweise ab dem Zeitpunkt des rechtsverbindlichen Inkrafttretens der entsprechenden Regelungen außer Kraft.

9. Honorar-Rückforderungen betreffend Leistungen außerhalb von Regelleistungsvolumina aus nachträglichen sachlich-rechnerischen Berichtigungen sowie Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind von der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg an die Krankenkassen zurückzuzahlen.

10. Im übrigen gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages und seiner Anlagen.

Hamburg, den 26.11.2008

Anlage 1 zur Honorarvereinbarung 2009

Übersicht zur regionalen Euro-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg im Jahre 2009

EBM Leistungslegenden + PZxPW nach Nr. 2 in Euro

Freie Leistungen

Freie Leistungen mit Zuschlägen

(Wird noch ausgeführt)

Anlage 2 zur Honorarvereinbarung 2009

Behandlungsbedarf der Versicherten je Krankenkasse und Gesamtvergütungen

Rechenergebnisse

Behandlungsbedarf gemäß Teil B der Beschlüsse des EBA
ohne die Nr. 4.11., 4.12. und 4.13. dieses Vertrages

X

Punktwert

=

Euro

(Wird noch ausgeführt)

Anlage 3
zur Honorarvereinbarung 2009

Ermittlung der kassenindividuellen Quartals-MGV gemäß der Beschlüsse des EBA und honorarvertraglicher Regelung in Hamburg

VKNR: Vertragszeitraum:
Kasse: Ausgangszeitraum:

1. Leistungsbedarf gemäß Satzart ARZTRG87c4 innerhalb der MGV in Punkten je Quartal (Leistungen in Euro sind mit OPW 3,5001 Cent umzurechnen)

1.1. Leistungen ohne Leistungssegment (LSK=RA)	x
1.2. Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (LSK =N) inkl. Anpassungsfaktor 1,1018	x
1.3. Laborärztliche Grundpauschale (LSK=L) inkl. Anpassungsfaktor ab 01.04.09 0,6407	x
1.4. Versorgung chron. Schmerzkranker Patienten (LSK=A1) inkl. Anpassungsfaktor 1,3223	x
1.5. Akupunktur (LSK=A2) inkl. Anpassungsfaktor 1,1733	x
1.6. Polysomnographie (LSK=A3) inkl. Anpassungsfaktor 1,2063	x
1.7. MRT-Angiographie (LSK=A4) inkl. Anpassungsfaktor 1,1706	x
1.8. Antrags-und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (LSK=A5) inkl. Anpassungsfaktor 1,2944	x
Summe MGV Leistungsbedarf lt. Satzart ARZTRG87c4 in Punkten	x

2. Bereinigung um außerhalb der MGV zu vergütende Leistungen lt. Hamburger Honorarvertrag

2.1. Versorgung chron. Schmerzkranker Patienten (LSK=A1) inkl. Anpassungsfaktor 1,3223	x
2.2. Dialysesachkosten lt. EBM (40800-40822), die in LSK RA enthalten sind (Umrechnung Euro Beträge in Punkte mit OPW 3,5001 Cent)	x
2.3. Wegegebühren lt. EBM (GOP 40190,40192), die im LSK RA enthalten sind (Umrechnung Euro Beträge in Punkte mit OPW 3,5001 Cent)	x
Summe zu bereinigender Leistungsbedarf lt. Honorarvertrag in Punkten	x

3. bereinigter MGV Leistungsbedarf in Punkten gesamt (1.-2.)		**x**
4. Anwendung HVV-Quote Hamburg 0,8975	**(Ergebnis 3.*0,8975)**	**x**
5. Anwendung EBM-Faktor 9,7 %	**(Ergebnis 4. * 1,097)**	**x**
6. Versichertenzahl des Ausgangszeitraumes lt. Satzart ANZVER87c4 (1/2007-4/2007)		
7. Leistungsbedarf je Versicherten in Punkten	**(Ergebnis 5./ 6.)**	**x**
8. Anwendung Morbi-Veränderungsrate 5,1 %	**(Ergebnis 7.*1,051)**	**x**
9. tatsächliche Versichertenzahl des Vertragszeitraumes (1/2009-4/2009)		
10. morbiditätsbedingter Leistungsbedarf in Punkten (Ergebnis 8.*9.)		**x**
11. Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bewertet		

zum Orientierungspunktwert 3,5001 Cent (Ergebnis 10. *0,035001 Cent) x

Anlage 4
zur Honorarvereinbarung 2009

Leistungskatalog Neue Grippe

Kurative Leistungen bei der Neuen Grippe, insbesondere bei den Fachgruppen der Hausund Kinderärzte:

Hausärzte einschließlich hausärztliche Internisten:

GOP Leistung

03110 Versichertenpauschale bis 5. Lj.
03111 Versichertenpauschale 6. bis 59 Lj.
03112 Versichertenpauschale ab 60 Lj.

oder

03120 Versichertenpauschale bis 5. Lj., Überweisung
03121 Versichertenpauschale 6. bis 59 Lj., Überweisung
03122 Versichertenpauschale ab 60 Lj., Überweisung

oder

03130 Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme 19:00 bis 07:00 Uhr, Wochenende und Feiertags

Die Versichertenpauschalen gemäß der GOPs 03110, 03111, 03112, 03120, 03121, 03122 und 03130 sind nur dann mit der Gebührenziffer 88200 zu kennzeichnen, wenn beim ersten Arzt-/Patientenkontakt im jeweiligen Quartal die gesicherte Diagnose J09G nach positivem PCR-Test gestellt wurde.

Labor:
32001 Laborbonus

Kinderärzte:

04110 Versichertenpauschale bis 5. Lj.
04111 Versichertenpauschale 6. bis 59. Lj.
04112 Versichertenpauschale ab 60. Lj.

oder

04120 Versichertenpauschale bis 5. Lj., Überweisung
04121 Versichertenpauschale 6. bis 59 Lj., Überweisung
04122 Versichertenpauschale ab 60 Lj., Überweisung

oder

04130 Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme 19:00 bis 07:00 Uhr, Wochenende und Feiertags

Die Versichertenpauschalen gemäß der GOPs 04110, 04111, 04112, 04120, 04121, 04122 und 04130 sind nur dann mit der Gebührenziffer 88200 zu kennzeichnen, wenn beim ersten Arzt-/Patientenkontakt im jeweiligen Quartal die gesicherte Diagnose J09G nach positivem PCR-Test gestellt wurde.

Labor:
32001 Laborbonus

Leistungen, die alle Fachgruppen betreffen:

Unvorhergesehene Inanspruchnahme:

01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme 19:00 bis 22:00 Uhr
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme 22:00 bis 07:00 Uhr
01102 Unvorhergesehene Inanspruchnahme Samstags 07:00 bis 14:00 Uhr

Besuche (jeweils nur 1 GOP berechnungsfähig):

01410 Besuch
01411 Dringender Besuch I
01412 Dringender Besuch II
01413 Besuch eines weiteren Kranken
01415 Dringender Besuch im Wohn-/Pflegeheim

Sonstiges:

01416 Begleitung eines Kranken beim Transport
01420 Prüfung / Koordination häusliche Krankenpflege
01430 Verwaltungskomplex (nicht neben anderen GOP abrechnungsfähig)
01436 Konsultationspauschale (ggf. 2 bis 3 mal)
01600 Ärztlicher Bericht
01601 Ärztlicher Brief (nicht in jedem Fall erforderlich)
40100 Versandmaterial
40120 Porto Brief (nicht für die Meldung an das Gesundheitsamt)
40122 Porto Brief (nicht für die Meldung an das Gesundheitsamt)
40240 Besuch durch Praxismitarbeiter
40260 Besuch durch Praxismitarbeiter, weiterer Patient

Labor:

12220 Grundpauschale Laborärzte, sofern keine weiteren Untersuchungen beauftragt

12225 Grundpauschale bei Probeneinsendung, sofern keine weiteren Untersuchungen beauftragt.

32035 Erythrozytenzählung (ggf. 2 mal)
32036 Leukozytenzählung (ggf. 2 mal)
32037 Thrombozytenzählung (ggf. 2 mal)
32038 Hämoglobin (ggf. 2 mal)
32039 Hämatokrit (ggf. 2 mal)
32042 BSG

oder

32122 Vollständiger Blutstatus (ggf. 2 mal)
32128 CRP (ggf. 2 mal)

Organisierter Notfalldienst:

01210 Notfallpauschale
01211 Zusatzpauschale zur 01210

oder

01216 Notfallkonsultationspauschale II
01217 Zusatzpauschale zur 01216

oder

01218 Notfallkonsultationspauschale III
01219 Zusatzpauschale zur 01218

Teilweise könnten HNO Ärzte einbezogen werden:

09210 Grundpauschale bis zum 5. Lj.
09211 Grundpauschale 6. bis 59. Lj.
09212 Grundpauschale ab 60. Lj.
09311 Lupenlaryngoskopie (in Einzelfällen)
02100 Infusion bei Kreislaufversagen

Teilweise könnten Radiologen einbezogen werden:

24210 Konsiliarpauschale bis zum 5. Lj.
24211 Konsiliarpauschale 6. bis 59. Lj.
24212 Konsiliarpauschale ab 60. Lj.
34220 Thorax-Röntgen

Weitere Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

88740 PCR
88741 Influenza-Schnelltest
40870 Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen
40872 Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen, weiterer Patient

Andere Gebührenordnungsziffern sind im Rahmen der sachlich und rechnerischen Prüfung der KVH gemäß Nr. 8 des Honorarvertrages 2010 herauszufiltern und nicht als mit der Nummer 88200 gekennzeichneter Leistungsbedarf zuzulassen.

Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2009

Die Partner dieser Vereinbarung sind sich darüber einig, dass andere zwischen ihnen geschlossene Verträge durch den Abschluss dieser Vereinbarung unberührt bleiben.

Eine Regelung über Kostenerstattungen ist bis zum 31.03.2009 für die § 13 Abs. 2 und 53 Abs. 4 SGB V zu vereinbaren.

Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung der Wegepauschalen vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr. 6. dieser Vereinbarung ohne dass es diesbezüglich einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf. Die Partner dieser Vereinbarung werden prüfen, welche Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch eine Aufnahme der Wegepauschalen in den EBM notwendig wird, soweit nicht der Bewertungsausschuss entsprechende Regelungen verabschiedet.

Der angekündigte Beschluss des Bewertungsausschusses zu Selektivverträgen wird umgesetzt (Teil B, Nr. 1.4 des EBA).

Sobald zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Abstimmung über die gesamtvertraglichen Bestimmungen betreffend die Knappschaft erzielt wurde, werden die diesbezüglichen Inhalte Gegenstand einer gesonderten Protokollnotiz zu diesem Vertrag.

Honorarvereinbarung 2010
vom 27.11.2009
in der Fassung des 5. Nachtrags vom 01.11.2010

Zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

und

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

dem **BKK - Landesverband NORDWEST**,
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau und
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 den Leiter in der vdek-Landesvertretung Hamburg

wird folgende

Honorarvereinbarung 2010

geschlossen:

Diese gemeinsam und einheitlich geschlossene Honorarvereinbarung wird als Anlage Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Präambel

Diese Vereinbarung basiert auf den Beschlüssen des Bewertungsausschusses (BA) sowie des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) gemäß § 87 Abs. 4 SGB V zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung vom 02.09.2009 und 22.09.2009.

1. Ambulante ärztliche Leistungen werden, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, nach der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Dies gilt auch für ambulante ärztliche Leistungen von Krankenhäusern in Notfällen mit der Maßgabe, dass diese mit 90 % nach der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Euro-Gebührenordnung vergütet werden.

2. Der Punktwert zur Berechnung der regionalen Euro-Gebührenordnung (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) im Jahre 2010 beträgt 3,5048 Cent. Für den Planungsbereich Hamburg ist gemäß Teil D der Beschlüsse des EBA vom 02.09.2009 keine Unterversorgung festgestellt worden. Die Punktwerte für Unterversorgung kommen nicht zur Anwendung.

2.1. Leistungen aus Vorquartalen werden nach den zum Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden Abrechnungsbedingungen vergütet und fließen dementsprechend in die Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen ein.

3. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals je Versicherten der Krankenkasse und der jeweils aktuellen Zahl der Versicherten der Krankenkasse je Abrechnungsquartal sowie dem Punktwert nach Nr. 2 (Berechnungsschema gemäß der Anlagen 2a/2b).

3.1. Die rubrizierenden Verbände der Krankenkassen liefern die für die Berechnung der (vorhersehbaren) quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erforderlichen Versichertenzahlen entsprechend des dazu vom BA gefassten Beschlusses in seiner 199. Sitzung vom 22.09.2009 zu Datenlieferungen gemäß § 87a Abs. 4 Nr. 1 i.V.m. Abs. 6 SGB V. Bei nicht vollständiger oder nicht fristgerechter Datenlieferung, die in der Verantwortlichkeit einer Krankenkasse liegt, wird jede der folgenden Abschlagszahlungen dieser Krankenkasse um 5 % erhöht. Der überzahlte Betrag wird erst nach erfolgter vollständiger Datenlieferung ausgeglichen.

3.2. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung stellt eine höchstzulässige Obergrenze dar und wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4 dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht kann ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V auf der

Grundlage des Beschlusses des EBA vom 02.09.09 Teil E gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V begründet werden.

3.3. Die KVH übermittelt die Berechnung der kassenspezifischen vorhersehbaren quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen gemäß Anlage 2a zu dieser Vereinbarung jeweils 9 Wochen vor Quartalsbeginn zum Zwecke der Berechnung der arzt- / praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV) an die zur Entgegennahme der kassenseitigen Abrechnung berechtigten Stellen. Mit Übermittlung der Berechnung beginnt eine Ausschlussfrist von 3 Wochen, binnen derer die Krankenkassen die Berechnungen beanstanden können.

Im Falle einer Beanstandung ist die Höhe der vorhersehbaren quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zwischen KVH und der Krankenkasse unverzüglich einvernehmlich festzustellen. Ist in diesem Verfahren eine gültige kassenspezifische vorhersehbare quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gefunden, werden die arzt- / praxisbezogenen RLV durch die KVH fristgerecht mitgeteilt. Kommt eine einvernehmliche Feststellung binnen der vorgenannten Frist nicht zustande, gilt die von der KVH mitgeteilte vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung allein zum Zwecke der Berechnung der arzt- / praxisbezogenen RLV.

Die vorstehend dargestellten vorhersehbaren quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen stellen ausschließlich die Grundlage für die Berechnungen der arzt- / praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV) dar. Die kassenspezifischen quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen i. S. d. Ziffer 3.2. werden unabhängig davon nach Anlage 2b zu dieser Vereinbarung bei Rechnungslegung berechnet und den Kassen mitgeteilt.

3.4. Soweit

1. versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen,
2. der Vergütungsanteil für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen gemäß Ziffer 2.4. Beschluss Teil F Abschnitt I der Beschlüsse des EBA und/oder
3. die Vergütungsvolumen für Vorwegabzüge gemäß Ziffer 2.5. Beschluss Teil F Abschnitt I der Beschlüsse des EBA

tatsächlich nicht ausgeschöpft werden, werden

- Unterschreitungsbeträge nach Nr. 1 jeweils zweckgebunden den Rückstellungen gemäß Beschluss Teil G der Beschlüsse des EBA zugeführt. Diese Rückstellungen stehen für einen Ausgleich von Unterdeckungen der Rückstellungen gemäß Beschluss Teil G der Beschlüsse des EBA zur Verfügung.
- Unterschreitungsbeträge nach Nr. 2 und 3 werden Rückstellungen nach dem Verteilungsmaßstab zugeführt. Diese Rückstellungen stehen für einen Ausgleich von Unterdeckungen der jeweiligen Rückstellungen nach dem Verteilungsmaßstab zur Verfügung.

Über die Verwendung nach einem Ausgleich von Unterdeckungen der Rückstellungen gemäß Beschluss Teil G der Beschlüsse des EBA nicht verbrauchter Be-

träge dieser Rückstellungen entscheiden die Vertragspartner zeitnah quartalsbezogen einheitlich. Kommt binnen einer Frist von 4 Wochen nach Information der KVH an die Landesverbände der Krankenkassen und den vdek über die zur Verwendung der bei der Ermittlung der RLV eingestellten Werte gemäß Abschnitt III der Beschlüsse des EBA eine einvernehmliche Regelung über die Verwendung der vorgenannten Rückstellung nicht zu Stande, erhöhen diese Rückstellungen die nach jeweiligen Vergütungs-/bzw. Verteilungsvolumen nach Satz 1 des nächst erreichbaren Kalendervierteljahres.

3.5. Die KVH bildet ausreichend Rückstellungen und Vorwegabzüge gemäß der Vorgaben der Beschlüsse des EBA vom 2.9.2009 (Teil G) und 22.09.2009 (Teil F). Überdeckungen oder noch nicht durch Ziffer 3.4 ausgeglichene Unterdeckungen bei den gebildeten Rückstellungen bzw. Vorwegabzügen werden über die Berechnung der RLV für das nächst erreichbare Quartal ausgeglichen.

3.6. Für den Fall von Kassenfusionen vereinbaren die Vertragspartner, dass soweit zwischen den jeweiligen Gesamtvertragspartnern nicht etwas anderes vereinbart ist, der Behandlungsbedarf nach Ziffer 1 des Berechnungsschemas der Anlage 2a und b der Summe der Behandlungsbedarfe der fusionierten Krankenkassen entspricht.

3.7. Der angekündigte Beschluss des BA/EBA zu Selektivverträgen wird umgesetzt (Teil B, Nr. 2.2 des Beschlusses des EBA vom 2. September 2009). Eine ggf. notwendige Verfahrensregelung wird zeitnah nach Inkrafttreten des Beschlusses zwischen den Vertragsparteien getroffen.

3.8. Die KVH stellt eine Rechnungslegung entsprechend der Regelungen dieses Vertrages sicher. In die Rechnung fließen die kassenindividuelle quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (höchstzulässige Obergrenze), Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß dieser Honorarvereinbarung und gesonderten vertraglichen Regelungen sowie durchlaufende Posten ein.

4. Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden folgende Leistungen des EBM von den Krankenkassen vergütet:

4.1. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe),

4.2. Leistungen des Kapitels 31 sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,

4.3. Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

4.4. Früherkennungsuntersuchungen nach der GOP 01723 (U 7 a),

4.5. Leistungen des Hautkrebsscreenings nach den GOP 01745, 01746,

4.6. Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

4.7. Leistungen der Strahlentherapie nach Kapitel 25 (GOP 25210 bis 25342),

4.8. Phototherapeutische Keratektomien nach den GOP 31362, 31734, 31735 und 40680,

4.9. Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:

01510 X, 01511 X, 01512 X, 02100 X, 02341 X, 05310 X, 05330 X, 05340 X, 05341 X, 05350 X, 08510 X, 08530 X, 08531 X, 08540 X bis 08542 X, 08550 X bis 08552 X, 08560 X, 08561 X, 08570 X bis 08574 X, 11311 X, 11312 X, 11320 X bis 11322 X, 31272 X, 31503 X, 31600 X, 31608 X, 31609 X, 31822 X, 33043 X, 33044 X, 33090 X, 36272 X, 36503 X, 36822 X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den GOP 32354 X, 32356 X, 32357 X, 32575 X, 32576 X, 32660 X, 32781 X, 32614 X, 32618 X.

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,

4.10. Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den GOP 01950 bis 01952,

4.11. Excisionen beim Hautkrebsscreening nach den GOP 10343 und 10344,

4.12. Leistungen der Schmerztherapie nach Abschnitt 30.7.1. gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V,

4.13. Dialyse Sachkostenpauschalen nach den GOP 40800 bis 40822,

4.14. Kostenpauschalen nach den GOP 40870 und 40872 für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen,

4.15. Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nach der GOP 13622 einschließlich der Sachkosten,

4.16. Kostenpauschalen nach den GOP 40860 und 40862 zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV),

4.17. Spezialisierte Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922 und 30924,

4.18. Kostenpauschalen im Zusammenhang mit der Verordnung besonderer Arzneimitteltherapie nach den GOP 40865 bis 40868,

4.19. Nukleinsäurennachweis von Influenza A/H1N1 nach der GOP 88740 sowie der Influenza Schnelltest nach der GOP 88741 jeweils vom 01.01.2010 bis 30.09.2010,

4.20. Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882,

4.21. In Umsetzung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Überbrückung des Engpasses mit Radiopharmaka werden Leistungen der PET-Untersuchungen mit 18-Fluorid ab dem 01.01.2010 bis zum Ablauf der letztmalig ausgesprochenen Verlängerung der Beschlüsse mit einem Betrag von 500 EUR (GOP 88738) vergütet.

Hiervon werden 410,64 EUR außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Im Übrigen erfolgt die Vergütung der PET-Untersuchung mit 18-Fluorid in dem Umfang, in welchem die Vergütung der durch die genannten Verfahren substituierten Knochenszintigraphien erfolgt wäre, aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung/den Regelleistungsvolumina der Vertragsärzte, die die PET-Untersuchung erbringen. Eine Bereinigung findet nicht statt.

Die differenzierte Ausweisung nach der vorgenannten Regelung erfolgt im Formblatt 3 in der Kontenart 400 unter Kapitel 88 in der Ebene 6. Hierbei wird der Betrag von 500 EUR (GOP 88738)

- in Höhe von 89,36 EUR mit der Kennzeichnung 88738A innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ausgewiesen und
- in Höhe von 410,64 EUR mit der Kennzeichnung 88738B außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ausgewiesen.

Weiterhin werden folgende Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung von den Kassen vergütet:

4.22. Ab dem 01.07.2010 Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger nach den GOP 01955 und 01956 des Abschnittes 1.8 im EBM,

4.23. ab dem 01.07.2010 Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Neugeborenen-Hörscreening) nach den GOP 01704, 01705 und 01706 des Abschnittes 1.7.1 im EBM,

4.24. ab dem 01.10.2010 Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung nach der GOP 01833 des Abschnittes 1.7.5 im EBM,

4.25. ab dem 01.10.2010 Leistungen und Kosten im Rahmen der Balneophototherapie nach der GOP 10350 des Abschnittes 10.3 des EBM.

Die Bereinigung der Gesamtvergütung erfolgt unter Zugrundelegung der Leistungsbedarfe nach den GOP 30430 und 30431 von Versicherten, für die im Aufsatzzeitraum 4. Quartal 2007

- die Kodierung einer Psoriasis mit mindestens einem der folgenden ICD-Kodes dokumentiert wurde: L40.0, L40.3, L40.8, L40.9 und
- die eine Leistung nach den GOP 30430 und/oder 30431 erhalten haben.

Zur Berücksichtigung von Leistungen nach den GOP 30430 und/oder 30431, die bei Patienten mit einem PASI-Score unter 10 erbracht wurden, wird von dem so errechneten Leistungsbedarf ein Anteil von 50 % abgezogen.

Die Ziffer 4.25 wird zum 01.10.2010 nur gültig, wenn das Unterschriftenverfahren zur Balneophototherapie auf der Bundesebene ohne Änderungen am vorliegenden Beschlusstext bis spätestens dem 30.09.2010 abgeschlossen wird.

Der Leistungsbedarf des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 als Ausgangsbasis gem. Beschluss Teil B der Beschlüsse des EBA vom 02.09.2009 für die Ermittlung der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des entsprechenden Quartals des Jahres 2010 wird um die auf die Leistungen nach Nr. 4.11, 4.12 entfallenden Leistungsbedarfe des Jahres 2008 sowie um die nach Maßgabe der Ziffer 4.25 ermittelten Leistungsbedarfe bereinigt. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass in Euro bewertete Kostenpauschalen in Punktzahlen umgerechnet worden sind. Das vom BA nach § 87 a Abs.5 Satz 4 SGB V festzulegende Verfahren ist für die Leistungen nach 4.11, 4.12 dieses Vertrages entsprechend anzuwenden.

5. Für

5.1. die Leistungen des Kapitels 31 (Abschnitte 31.2, 31.5) des EBM wird ein Zuschlag in Höhe von 0,7135 Cent,

5.2. die Begleitleistungen für ambulante Operationen der Abschnitte 31.1, 31.3, 31.4 und die Leistungen des Abschnitts 31.6 des EBM wird ein Zuschlag in Höhe von 1,2464 Cent,

5.3. die Leistungen nach den GOP 13421 bis 13431, 04514, 04515, 04518 und 04520 des EBM wird ein Zuschlag in Höhe von 0,7135 Cent sowie

5.4. die Leistungen der Phototherapeutische Keratektomien nach den GOP 31362 des EBM wird ein Zuschlag in Höhe von 0,7135 Cent,

5.5. die Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.2 und 1.7.4 des EBM exklusive der Leistungen nach den Nrn. 4.4, 4.5 und 4.23 dieses Vertrages wird ein Zuschlag in Höhe von 0,3241 Cent

auf den Punktwert nach Nr. 2. gezahlt.

Die Zuschläge nach den Nummern 5.1., 5.2., 5.3. und 5.4. dieser Vereinbarung stehen unter Vorbehalt:

Der GKV-Spitzenverband hat am 23.09.09 beim Landesozialgericht Berlin-Brandenburg einen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz mit dem Ziel gestellt, dass die aufschiebende Wirkung der anhängigen Klage gegen den vom Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 15. Sitzung am 02.09.09 getroffenen Beschlussteil C (Festlegung von Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur für das Jahr 2010 gemäß § 87 Abs. 2f SGB V) angeordnet wird. Wird durch das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg die aufschiebende Wirkung des Beschlussteils C angeordnet, entfaltet diese Anordnung sofortige Wirkung auf den vorliegenden Honorarvertrag.

Ergibt sich aus dem rechtskräftigen Urteil der beim Landesozialgericht Berlin-Brandenburg anhängigen Klage gegen den vom Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 15. Sitzung am 02.09.09 getroffenen Beschlussteil C (Festlegung von Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur für das Jahr 2010 gemäß § 87 Abs. 2f SGB V) eine anderweitige Finanzierungsregelung, werden die Vertragspartner diese Entscheidung umsetzen.

Streitig sind vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg nur die Ziffern 5.1., 5.3. und 5.4. dieser Honorarvereinbarung. Mit den Zuschlägen zu den Begleitleistungen der ambulanten Operationen nach Ziffer 5.2. dieser Honorarvereinbarung wird analog den Hauptleistungen der ambulanten Operationen nach Ziffer 5.1. gemäß vorstehenden Absatzes dieser Honorarvereinbarung verfahren.

6. Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

6.1. Für jeden Besuch nach den GOP 01410, 01411, 01412 und 01721, für jede erste Visite am Behandlungstag in einer der in GOP 01414 oder 01415 genannten Einrichtung sowie einmal zu Leistungen nach GOP 05230 eine Wegepauschale nach Wegebereichen und Besuchszeiten in folgender Höhe:

a) Pauschale für Besuche nach GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

3,36 Euro (Abrechnungsnummer 97234);

b) Pauschale für Besuche nach GOP 01410 , 01721, 05230 und 01414 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

6,62 Euro (Abrechnungsnummer 97235);

c) Pauschale für Besuche nach GOP 01410 , 01721, 05230 und 01414 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

9,66 Euro (Abrechnungsnummer 97236);

d) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

6,62 Euro (Abrechnungsnummer 97237);

e) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

10,29 Euro (Abrechnungsnummer 97238);

f) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

13,86 Euro (Abrechnungsnummer 97239);

g) Pauschale für einen Besuch nach GOP 01410 oder 01414 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4 :

11,24 Euro (Abrechnungsnummer 97160);

h) Pauschale für einen Besuch nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

15,54 Euro (Abrechnungsnummer 97161).

6.2. Das Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet. Die KVH stellt jedem Vertragsarzt hierfür eine Karte im Maßstab 1 : 50.000 zur Verfügung, auf der sowohl der Praxissitz als auch die Grenzen für den Rand und den Fernbereich eingezeichnet sind.

6.3. Die Wegepauschalen sind je Besuch bzw. Visite unabhängig davon berechnungsfähig, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung des jeweiligen Wegepauschales nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines der drei Wegebereiche.

6.4. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale der KVH mit einem Fahrdienst ausgeführt, so werden die Beträge für Wegeentschädigungen nicht an den Arzt abgeführt, sondern als Kosten des Notfalldienstes einbehalten. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale nicht mit einem Fahrdienst, sondern im eigenen Wagen des Arztes ausgeführt, so erhält der Arzt in einem generell im Notfalldienst mit Fahrdienst befahrenen Bezirk den von den Kostenträgern zu zahlenden Pauschalbetrag. Dies gilt nicht für Leistungen, die von Vertragsärzten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten sowie bei gegenseitiger Vertretung erbracht werden.

6.5. Für die Berechnung des Wegepauschales ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist.

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

7. Innerhalb der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Krankenkassen wird die stationäre vertragsärztliche Tätigkeit mit Ausnahme der Nr. 4.1. dieses Vertrages wie folgt vergütet:

7.1. Dem anerkannten Belegarzt werden die Visiten im Krankenhaus je Patient nach der GOP 01414 vergütet. Beim jeweils ersten Aufsuchen der Belegklinik am Behandlungstag wird zusätzlich für den ersten visitierten Patienten das entsprechende Wegepauschale nach Nr. 6 vergütet. Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung von Besuchen ausgeschlossen.

7.2. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

7.3. Ferner gelten für die Vergütung des Belegarztes folgende Besonderheiten:

a) Leistungen, für die in der regionalen Euro-Gebührenordnung bei belegärztlicher Leistungserbringung ein Abschlag vorgesehen ist, werden entsprechend bewertet.

b) Leistungen der Kapitel 33 und 34 der regionalen Euro-Gebührenordnung werden mit 60 % der Sätze der Gebührenordnung bewertet; können diese Leistungen im Belegkrankenhaus nicht erbracht werden, werden sie mit den Sätzen der Gebührenordnung bewertet.

c) Leistungen des Kapitels 32 der regionalen Euro-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen des Kapitels 01 der regionalen Euro-Gebührenordnung, die mit mindestens 6,-- Euro bewertet sind, werden mit den Sätzen der regionalen Euro-Gebührenordnung bewertet.

Die Leistungen des Kapitels 32 der regionalen Euro-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen aus dem Kapitel 01 der regionalen Euro-Gebührenordnung sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in § 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 28 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

d) alle übrigen Leistungen, die in der regionalen Euro-Gebührenordnung mit mehr als
6,-- Euro bewertet oder als Zuschlag beschrieben sind, werden mit dem vollen Satz der regionalen Euro-Gebührenordnung bewertet.

e) Leistungen, die in der regionalen Euro-Gebührenordnung mit weniger als 6,-- Euro bewertet sind, werden nicht vergütet.

7.4. Die reduzierten Vergütungssätze nach Nr. 7.3. gelten unabhängig davon, ob die Geräte dem Krankenhaus oder dem Belegarzt gehören.

7.5. Vom Belegarzt konsiliarisch oder mitbehandelnd hinzugezogene Vertragsärzte, die nicht selbst Belegärzte in demselben Belegkrankenhaus sind, rechnen ihre Leistungen nach den Bedingungen für die ambulant-kurative Versorgung ab.

Für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses zur Durchführung von Anästhesieleistungen wird dem Facharzt für Anästhesiologie für jeden Kranken einmal am Behandlungstag die GOP 05230 vergütet.

7.6. Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Punkte 7.1. bis 7.4. vergütet.

7.7 Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.

a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitschaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.

Die Krankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.

Der Belegarzt hat - gegebenenfalls durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers - gegenüber der KVH nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind.

b) Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.

Dies gilt auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Krankenkassen ein Betrag von 3,07 Euro pro Patient und Pflegetag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflegetage.

7.8. Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung des Bereitschaftsdienstes vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr.7.7. dieser Anlage, ohne dass es einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf.

8. Nachvergütungen aufgrund unvorhersehbarer Anstiege des Behandlungsbedarfs gemäß § 87 a Abs. 5 Nr. 1 SGB V und der dazu ergangenen Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 und 02.09.2009 werden nach Eingang entsprechender Daten und nach der gemeinsamen Feststellung nach Nr. 3.2. dieser Vereinbarung binnen 6 Wochen fällig. Zusätzliche Vergütungen aufgrund von Epidemien oder Großschadensereignissen werden in diesem Zusammenhang von den Krankenkassen im Wege der kassenseitigen Abrechnungen durch Nachweis der nach Maßgabe der ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg gekennzeichneten Behandlungsbedarfe vergütet.

Der mit der Nummer 88200 gekennzeichnete Leistungsbedarf, betreffend kurative Leistungen im Zusammenhang mit der Influenza A/H1N1, welcher über die Leistungen nach Ziffer 4.19 hinaus geht, wird von den Krankenkassen für den Zeitraum vom 01.01.2010 bis 30.09.2010 als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbeding-

ten Behandlungsbedarfes außerhalb der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.
Dabei handelt es sich gem. Beschluss Teil E der o. g. Beschlüsse des (erweiterten) Bewertungsausschusses um Einmalzahlungen, die nicht Bestandteil der Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung im nachfolgenden Vertragszeitraum sind.
Die konkrete Kennzeichnung der einzelnen GOP erfolgt nach Maßgabe der ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg. Im Formblatt 3 sind diese Leistungen bis zur 6. Ebene in einem gesonderten Abschnitt (Influenza A/H1N1) auszuweisen unter Konto 400, Kapitel 80.
Die Kennzeichnung wird innerhalb der sachlich rechnerischen Prüfung von der KVH unter Beachtung der entsprechend gesicherten Diagnose (J09G – nach positivem PCR-Test) geprüft. Die sachlich rechnerische Prüfung erfolgt auf der Grundlage des in der Anlage 3 beigefügten Kataloges der Leistungen enthält, die im Zusammenhang mit der Infektion mit dem A/H1N1 Virus erbracht werden.

Sollte der BA/EBA konkretisierende Regelungen zur Abrechnung des mit 88200 gekennzeichneten Leistungsbedarf beschließen, tritt die Anlage 3 ganz oder teilweise ab dem Zeitpunkt des rechtsverbindlichen Inkrafttretens der entsprechenden Regelungen außer Kraft.

9. Honorar-Rückforderungen betreffend Leistungen außerhalb der MGV aus nachträglichen sachlich-rechnerischen Berichtigungen sowie Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind von der KVH an die Krankenkassen zurückzuzahlen.

10. Die KVH kommt allen aktuell gültigen Verpflichtungen zur Datenlieferung aus den Beschlüssen des BA/EBA vollständig und fristgerecht nach. Bei nicht vollständiger oder nicht fristgerechter Datenlieferung, für die die KVH verantwortlich ist, wird jede der folgenden Abschlagszahlungen um 5 % gekürzt. Der einbehaltene Betrag wird erst nach erfolgter vollständiger Datenlieferung ausgeglichen.

11. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages und seiner Anlagen.

Hamburg, den 27.11.2009

Anlage 1

zur Honorarvereinbarung 2010

Übersicht zur regionalen Euro-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg im Jahre 2010

wird noch ausgeführt

Anlage 2a

zur Honorarvereinbarung 2010

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsweisen vorhersehbaren MGV gemäß Beschluss des EBA vom 02.09.09 und honorarvertraglicher Regelung 2010 in Hamburg:

VKNR: Kasse: Vertragszeitraum: Ausgangszeitraum:

1. Leistungsbedarf gemäß Satzart ARZTRG87c4 innerhalb der MGV in Punkten je Quartal (Leistungen in Euro sind mit OPW 3,5048 Cent umzurechnen) bereinigt um die gemäß der Honorarvereinbarung außerhalb der MGV vereinbarten Leistungen (Excisionen beim Hautkrebsscreening [GOP 10343, 10344 soweit diese im Zusammenhang mit den GOP 01745, 01746 erbracht wurden], schmerztherapeutische Leistungen [LSK = A1])

1.1. Leistungen ohne Leistungssegment (LSK=RA)	x
1.2. Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (LSK =N) inkl. Anpassungsfaktor 1,1018	x
1.3. Laborärztliche Grundpauschale (LSK=L) inkl. Anpassungsfaktor 0,6407	x
1.4. Akupunktur (LSK=A2) inkl. Anpassungsfaktor 1,1733	x
1.5 Polysomnographie (LSK=A3) inkl. Anpassungsfaktor 1,2063	x
1.6. MRT-Angiographie (LSK=A4) inkl. Anpassungsfaktor 1,1706	x
1.7. Antrags-und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (LSK=A5) inkl. Anpassungsfaktor 1,2944	x
Summe MGV Leistungsbedarf in Punkten	*x*
2. Anwendung HVV-Quote Hamburg 0,8826 (Ergebnis 1. *0,8826)	**x**
3. Multiplikation Nr. 2 mit Veränderungsrate 2008/2009 1,051 (Beschluss Teil B Ziffer 1.6 EBA 2.9.09)	**x**
4. Multiplikation Nr. 3 mit Veränderungsrate 2009/2010 1,016616 (Beschluss Teil B Ziff. 2.3.3 EBA 2.9.09)	**x**
5. Multiplikation Nr. 4 mit Steigerungsrate 1,003357 (Beschluss Teil B Ziff. 3.3 EBA 2.9.09)	**x**
6. Versichertenzahl des Ausgangszeitraumes lt. Satzart ANZVER87c4	**x**
7. Leistungsbedarf je Versicherten (Ergebnis 5./ 6.)	**x**
8. aktuelle Versichertenzahl nach Ziffer 3.1 der Honorarvereinbarung Satzart ANZVER87c4	**x**
9. morbiditätsbedingter Leistungsbedarf in Punkten (Ergebnis 7. * 8.)	**x**
10. vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bewertet zum OPW 3,5048 Cent (Ergebnis 9. * 0,035048 Cent)	**x**

Der Leistungsbedarf der Ziffern 1.2 - 1.7 stellt den Leistungsbedarf nach der Anpassung mit dem jeweils genannten Anpassungsfaktor dar.

Anlage 2b

zur Honorarvereinbarung 2010

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsweisen MGV gemäß Beschluss des EBA vom 02.09.09 und honorarvertraglicher Regelung 2010 in Hamburg:

VKNR: Kasse: Vertragszeitraum: Ausgangszeitraum:

1. Leistungsbedarf gemäß Satzart ARZTRG87c4 innerhalb der MGV in Punkten je Quartal (Leistungen in Euro sind mit OPW 3,5048 Cent umzurechnen) bereinigt um die gemäß der Honorarvereinbarung außerhalb der MGV vereinbarten Leistungen (Excisionen beim Hautkrebsscreening [GOP 10343, 10344 soweit diese im Zusammenhang mit den GOP 01745, 01746 erbracht wurden], schmerztherapeutische Leistungen [LSK = A1])

1.1. Leistungen ohne Leistungssegment (LSK=RA)	x
1.2. Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (LSK =N) inkl. Anpassungsfaktor 1,1018	x
1.3. Laborärztliche Grundpauschale (LSK=L) inkl. Anpassungsfaktor 0,6407	x
1.4. Akupunktur (LSK=A2) inkl. Anpassungsfaktor 1,1733	x
1.5 Polysomnographie (LSK=A3) inkl. Anpassungsfaktor 1,2063	x
1.6. MRT-Angiographie (LSK=A4) inkl. Anpassungsfaktor 1,1706	x
1.7. Antrags-und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (LSK=A5) inkl. Anpassungsfaktor 1,2944	x
Summe MGV Leistungsbedarf in Punkten	*x*
2. Anwendung HVV-Quote Hamburg 0,8826 (Ergebnis 1. *0,8826)	**x**
3. Multiplikation Nr. 2 mit Veränderungsrate 2008/2009 1,051 (Beschluss Teil B Ziffer 1.6 EBA 2.9.09)	**x**
4. Multiplikation Nr. 3 mit Veränderungsrate 2009/2010 1,016616 (Beschluss Teil B Ziff. 2.3.3 EBA 2.9.09)	**x**
5. Multiplikation Nr. 4 mit Steigerungsrate 1,003357 (Beschluss Teil B Ziff. 3.3 EBA 2.9.09)	**x**
6. Versichertenzahl des Ausgangszeitraumes lt. Satzart ANZVER87c4	**x**
7. Leistungsbedarf je Versicherten (Ergebnis 5./6.)	**x**
8. tatsächliche Versichertenzahl des Vertragszeitraumes laut Satzart ANZVER87c4 (z. B. I/2010 für I/2010)	**x**
9. morbiditätsbedingter Leistungsbedarf in Punkten (Ergebnis 7. * 8.)	**x**
10. morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bewertet zum OPW 3,5048 Cent (Ergebnis 9. * 0,035048 Cent)	**x**

Der Leistungsbedarf der Ziffern 1.2 - 1.7 stellt den Leistungsbedarf nach der Anpassung mit dem jeweils genannten Anpassungsfaktor dar.

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2010

Leistungskatalog Neue Grippe

Kurative Leistungen bei der Neuen Grippe, insbesondere bei den Fachgruppen der Hausund Kinderärzte:

Hausärzte einschließlich hausärztliche Internisten:

GOP Leistung

03110 Versichertenpauschale bis 5. Lj.
03111 Versichertenpauschale 6. bis 59 Lj.
03112 Versichertenpauschale ab 60 Lj.

oder

03120 Versichertenpauschale bis 5. Lj., Überweisung
03121 Versichertenpauschale 6. bis 59 Lj., Überweisung
03122 Versichertenpauschale ab 60 Lj., Überweisung

oder

03130 Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme 19:00 bis 07:00 Uhr, Wochenende und Feiertags

Die Versichertenpauschalen gemäß der GOPs 03110, 03111, 03112, 03120, 03121, 03122 und 03130 sind nur dann mit der Gebührenziffer 88200 zu kennzeichnen, wenn beim ersten Arzt-/Patientenkontakt im jeweiligen Quartal die gesicherte Diagnose J09G nach positivem PCR-Test gestellt wurde.

Labor:
32001 Laborbonus

Kinderärzte:

04110 Versichertenpauschale bis 5. Lj.
04111 Versichertenpauschale 6. bis 59. Lj.
04112 Versichertenpauschale ab 60. Lj.

oder

04120 Versichertenpauschale bis 5. Lj., Überweisung
04121 Versichertenpauschale 6. bis 59 Lj., Überweisung
04122 Versichertenpauschale ab 60 Lj., Überweisung

oder

04130 Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme 19:00 bis 07:00 Uhr, Wochenende und Feiertags

Die Versichertenpauschalen gemäß der GOPs 04110, 04111, 04112, 04120, 04121, 04122 und 04130 sind nur dann mit der Gebührenziffer 88200 zu kennzeichnen, wenn beim ersten Arzt-

/Patientenkontakt im jeweiligen Quartal die gesicherte Diagnose J09G nach positivem PCR-Test gestellt wurde.

Labor:

32001 Laborbonus

Leistungen, die alle Fachgruppen betreffen:

Unvorhergesehene Inanspruchnahme:

01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme 19:00 bis 22:00 Uhr
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme 22:00 bis 07:00 Uhr
01102 Unvorhergesehene Inanspruchnahme Samstags 07:00 bis 14:00 Uhr

Besuche (jeweils nur 1 GOP berechnungsfähig):

01410 Besuch
01411 Dringender Besuch I
01412 Dringender Besuch II
01413 Besuch eines weiteren Kranken
01415 Dringender Besuch im Wohn-/Pflegeheim

Sonstiges:

01416 Begleitung eines Kranken beim Transport
01420 Prüfung / Koordination häusliche Krankenpflege
01430 Verwaltungskomplex (nicht neben anderen GOP abrechnungsfähig)
01436 Konsultationspauschale (ggf. 2 bis 3 mal)
01600 Ärztlicher Bericht
01601 Ärztlicher Brief (nicht in jedem Fall erforderlich)
40100 Versandmaterial
40120 Porto Brief (nicht für die Meldung an das Gesundheitsamt)
40122 Porto Brief (nicht für die Meldung an das Gesundheitsamt)
40240 Besuch durch Praxismitarbeiter
40260 Besuch durch Praxismitarbeiter, weiterer Patient

Labor:

12220 Grundpauschale Laborärzte, sofern keine weiteren Untersuchungen Beauftragt

12225 Grundpauschale bei Probeneinsendung, sofern keine weiteren Untersuchungen beauftragt.

32035 Erythrozytenzählung (ggf. 2 mal)
32036 Leukozytenzählung (ggf. 2 mal)
32037 Thrombozytenzählung (ggf. 2 mal)
32038 Hämoglobin (ggf. 2 mal)
32039 Hämatokrit (ggf. 2 mal)
32042 BSG

oder

32122 Vollständiger Blutstatus (ggf. 2 mal)
32128 CRP (ggf. 2 mal)

Organisierter Notfalldienst:

01210 Notfallpauschale
01211 Zusatzpauschale zur 01210

oder

01216 Notfallkonsultationspauschale II
01217 Zusatzpauschale zur 01216

oder

01218 Notfallkonsultationspauschale III
01219 Zusatzpauschale zur 01218

Teilweise könnten HNO Ärzte einbezogen werden:

09210 Grundpauschale bis zum 5. Lj.
09211 Grundpauschale 6. bis 59. Lj.
09212 Grundpauschale ab 60. Lj.
09311 Lupenlaryngoskopie (in Einzelfällen)
02100 Infusion bei Kreislaufversagen

Teilweise könnten Radiologen einbezogen werden:

24210 Konsiliarpauschale bis zum 5. Lj.
24211 Konsiliarpauschale 6. bis 59. Lj.
24212 Konsiliarpauschale ab 60. Lj.
34220 Thorax-Röntgen

Weitere Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

88740 PCR
88741 Influenza-Schnelltest
40870 Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen
40872 Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen, weiterer Patient

Andere Gebührenordnungsziffern sind im Rahmen der sachlich und rechnerischen Prüfung der KVH gemäß Nr. 8 des Honorarvertrages 2010 herauszufiltern und nicht als mit der Nummer 88200 gekennzeichneter Leistungsbedarf zuzulassen

Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2010

Die Partner dieser Vereinbarung sind sich darüber einig, dass andere zwischen ihnen geschlossene Verträge durch den Abschluss dieser Vereinbarung unberührt bleiben.

Eine Regelung über Kostenerstattungen ist bis zum 31.03.2010 für die § 13 Abs. 2 und 53 Abs. 4 SGB V zu vereinbaren.

Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung der Wegepauschalen vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr. 6 dieser Vereinbarung, ohne dass es diesbezüglich einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf. Die Partner dieser Vereinbarung werden prüfen, welche Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch eine Aufnahme der Wegepauschalen in den EBM notwendig wird, soweit nicht der Bewertungsausschuss entsprechende Regelungen verabschiedet.

Sobald zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Abstimmung über die gesamtvertraglichen Bestimmungen betreffend die Knappschaft erzielt wurde, werden die diesbezüglichen Inhalte Gegenstand einer gesonderten Protokollnotiz zu diesem Vertrag.

Die Vertragspartner sind darüber einig, dass die Pauschalen für das Sozialpädiatrische Zentrum Dr. Flehmig, die von der KVH im Auftrag der Krankenkassen abgerechnet werden, durchlaufende Posten im Sinne von Ziffer 3.8. sind.

Honorarvereinbarung 2011
vom 20.12.2010
in der Fassung des 2. Nachtrags vom 15.03.2011

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 den Leiter in der vdek-Landesvertretung Hamburg

wird folgende

Honorarvereinbarung 2011

geschlossen:

Diese gemeinsam und einheitlich geschlossene Honorarvereinbarung wird als Anlage Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Präambel

Diese Vereinbarung basiert auf dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) gemäß § 87 Abs. 4 SGB V zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung vom 5./11. Oktober 2010 sowie dem Beschluss vom 24.11.2010. Sie berücksichtigt insbesondere die im GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) vorgegebenen Ausgabenbegrenzungsregelungen für das Jahr 2011. Die strukturellen Veränderungen der Vergütungen für ärztliche Leistungen als Ausnahmeregelungen sind allein durch die Vorgabe des GKV-FinG bedingt.

1. Ambulante ärztliche Leistungen werden, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, nach der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Dies gilt auch für ambulante ärztliche Leistungen von Krankenhäusern in Notfällen mit der Maßgabe, dass diese mit 90 % nach der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Euro-Gebührenordnung vergütet werden.

2. Der Punktwert zur Berechnung der regionalen Euro-Gebührenordnung (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) im Jahre 2011 beträgt 3,5048 Cent. Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung vom 2. September 2009, Teil D ist für das Jahr 2011 ausgesetzt. Die Punktwerte für Über- und Unterversorgung kommen nicht zur Anwendung.

2.1. Leistungen aus Vorquartalen werden nach den zum Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden Abrechnungsbedingungen vergütet und fließen dementsprechend in die Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen ein.

3. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals je Versicherten der Krankenkasse und der jeweils aktuellen Zahl der Versicherten der Krankenkasse je Abrechnungsquartal sowie dem Punktwert nach Nr. 2 (Berechnungsschema gemäß der Anlagen 2a/2b).

3.1. Die rubrizierenden Verbände der Krankenkassen liefern die für die Berechnung der (vorhersehbaren) quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erforderlichen Versichertenzahlen entsprechend des dazu vom BA gefassten Beschlusses in seiner 199. Sitzung vom 22.09.2009 zu Datenlieferungen gemäß § 87a Abs. 4 Nr. 1 i.V.m. Abs. 6 SGB V und den diesbezüglichen Folge-Beschlüssen. Bei nicht vollständiger oder nicht fristgerechter Datenlieferung, die in der Verantwortlichkeit einer Krankenkasse liegt, wird jede der folgenden Abschlagszahlungen dieser Krankenkasse um 5 % erhöht. Der überzahlte Betrag wird erst nach erfolgter vollständiger Datenlieferung ausgeglichen.

3.2. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung stellt eine höchstzulässige Obergrenze dar und wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten

Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4 dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V ist für das Jahr 2011 gemäß § 87 d Abs. 2 Satz SGB V in der Fassung des GKV-FinG ausgeschlossen.

3.3. Die KVH übermittelt die Berechnung der kassenspezifischen vorhersehbaren quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen gemäß Anlage 2a zu dieser Vereinbarung jeweils 9 Wochen vor Quartalsbeginn zum Zwecke der Berechnung der arzt- / praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV) an die zur Entgegennahme der kassenseitigen Abrechnung berechtigten Stellen. Mit Übermittlung der Berechnung beginnt eine Ausschlussfrist von 3 Wochen, binnen derer die Krankenkassen die Berechnungen beanstanden können.

Im Falle einer Beanstandung ist die Höhe der vorhersehbaren quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zwischen KVH und der Krankenkasse unverzüglich einvernehmlich festzustellen. Ist in diesem Verfahren eine gültige kassenspezifische vorhersehbare quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gefunden, werden die arzt- / praxisbezogenen RLV durch die KVH fristgerecht mitgeteilt. Kommt eine einvernehmliche Feststellung binnen der vorgenannten Frist nicht zustande, gilt die von der KVH mitgeteilte vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung allein zum Zwecke der Berechnung der arzt- / praxisbezogenen RLV.

Die vorstehend dargestellten vorhersehbaren quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen stellen ausschließlich die Grundlage für die Berechnungen der arzt- / praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV) dar. Die kassenspezifischen quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen i.S.d. Ziffer 3.2. werden unabhängig davon nach Anlage 2b zu dieser Vereinbarung bei Rechnungslegung berechnet und den Kassen mitgeteilt.

3.4. Aufgrund der beabsichtigten Neuregelungen des § 87d Absatz 4 SGB V in der Fassung des GKV-FinG werden die folgenden Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung der vertragsärztlichen Leistungen mit Wirkung für das Jahr 2011 getroffen, die außerhalb der MGV vergütet werden:

Für die folgenden Leistungsbereiche nach der

1. Ziffer 4.1. „Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe)“,
2. Ziffer 4.2. „Leistungen des Kapitels 31“ sowie
3. Ziffer 4.2. „die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520“,
4. Ziffer 4.7. „Leistungen der Strahlentherapie nach Kapitel 25 (GOP 25210 bis 25342)“,
5. Ziffer 4.8. „Phototherapeutische Keratektomien nach den GOP 31362, 31734, 31735 und 40680“,
6. Ziffer 4.9. „Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP: 01510 X, 01511 X, 01512 X, 02100 X, 02341 X, 05310 X, 05330 X, 05340 X, 05341 X, 05350 X, 08510 X, 08530 X, 08531 X, 08540 X bis 08542 X, 08550 X bis 08552 X, 08560 X, 08561 X, 08570 X bis 08574 X, 11311 X, 11312 X, 11320 X bis 11322 X, 31272 X, 31503 X, 31600 X, 31608 X, 31609 X, 31822 X,

33043 X, 33044 X, 33090 X, 36272 X, 36503 X, 36822 X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den GOP 32354 X, 32356 X, 32357 X, 32575 X, 32576 X, 32660 X, 32781 X, 32614 X, 32618 X“

7. Ziffer 4.10. „Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den GOP 01950 bis 01952“,
8. Ziffer 4.12. „Leistungen der Schmerztherapie nach Abschnitt 30.7.1 gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V
9. Ziffer 6. „Wegepauschalen nach Ziffer 6.“

dieser Honorarvereinbarung werden für das Jahr 2011 Ausgabenobergrenzen vereinbart.

Hierzu wird kassenspezifisch je Leistungsbereich die Summe der jeweils in den Quartalen I bis IV /2010 abgerechneten und von den Krankenkassen zu vergütenden Leistungen erhöht um die um 0,25 Prozentpunkte verminderte der für das Jahr 2011 nach § 71 Absatz 3 SGB V für das gesamte Bundesgebiet festgestellte Veränderungsrate (0,9 v.H.) ermittelt.
Diese Zahl wird durch die für die Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung maßgebliche Versichertenzahl des jeweiligen Quartals des Jahres 2010 dividiert.
Der so ermittelte Betrag wird jeweils mit der aktuellen Versichertenzahl des entsprechenden Quartals des Jahres 2011 multipliziert und bildet so die jeweilige Ausgabenobergrenze.

Die Krankenkassen zahlen die so für das Jahr 2011 ermittelten maximalen Ausgabenvolumina quartalsweise an die KV Hamburg. Diese Ausgabenvolumina werden für die oben genannten Leistungsbereiche kassenübergreifend zusammengefasst und stehen für die Vergütung der jeweiligen Leistungen zur Verfügung. Die Vergütung der Leistungen erfolgt hierbei nach den Regelungen in Ziffer 1, 2, 4 und 5 dieser Vereinbarung. Wird die jeweilige kassenübergreifend zusammengefasste Ausgabenobergrenze in einem Quartal überschritten, werden die Leistungen zu quotierten Preisen vergütet. Eine Nachschusspflicht der Krankenkassen ist ausgeschlossen.

Werden die kassenübergreifend zusammengefassten Ausgabenobergrenzen für die oben genannten Leistungsbereiche nicht ausgeschöpft, werden die verbleibenden Beträge einer gesonderten Rückstellung zugeführt und stehen zum Ausgleich von Unterdeckungen in den vorgenannten Ausgabenvolumina für die jeweiligen Leistungsbereiche zur Verfügung. Soweit hiernach Beträge verbleiben, werden sie den Ausgabenvolumina des nächsten Quartals des Jahres 2011 hinzugerechnet. Am Ende des Jahres 2011 noch verbleibende Beträge sind an die Krankenkassen zurückzuführen. Die Krankenkassen/-verbände teilen der KV Hamburg den Verteilungsmodus mit.

Für die Ermittlung der jeweiligen Ausgabenobergrenzen gilt Ziffer 3.3 dieser Honorarvereinbarung entsprechend.

3.5. unbesetzt

3.6. Die KVH bildet ausreichend Rückstellungen und Vorwegabzüge gemäß der Vorgaben der Beschlüsse des EBA vom 2.9.2009 (Teil G) in Verbindung mit den diesbezüglichen Folgebeschlüssen. Überdeckungen oder noch nicht durch Ziffer 3.3 ausgeglichene Unterdeckungen bei den gebildeten Rückstellungen bzw. Vorwegabzügen werden über die Berechnung der RLV für das nächst erreichbare Quartal ausgeglichen.

3.7. Für den Fall von Kassenfusionen vereinbaren die Vertragspartner, dass soweit zwischen den jeweiligen Gesamtvertragspartnern nicht etwas anderes vereinbart ist, der Behandlungsbedarf nach Ziffer 1 des Berechnungsschemas der Anlage 2a und b der Summe der Behandlungsbedarfe der fusionierten Krankenkassen entspricht.

3.8. Der Beschluss des BA/EBA in der 235. Sitzung vom 24. September 2010 sowie in der 238. Sitzung vom 19. Oktober 2010, der 242. Sitzung vom 24. November 2010 und der 246. Sitzung (Schriftliche Beschlussfassung) zu Selektivverträgen wird umgesetzt. Eine ggf. notwendige Verfahrensregelung wird zeitnah nach Inkrafttreten des Beschlusses zwischen den Vertragsparteien getroffen.

3.9. Die KVH stellt eine Rechnungslegung entsprechend der Regelungen dieses Vertrages sicher. In die Rechnung fließen die kassenindividuelle quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (höchstzulässige Obergrenze), Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß dieser Honorarvereinbarung, den Regelungen dieser Honorarvereinbarung in Ziffer 3.4. und gesonderten vertraglichen Regelungen sowie durchlaufende Posten ein. Bei der Rechnungslegung für Leistungen nach Ziffer 3.4. ist zu berücksichtigen, dass die jeweiligen Ausgabenvolumina kassenübergreifend gebildet werden. Über das Verfahren und die Darstellung im Formblatt 3 verständigen sich die Vertragspartner bis 01.03.2011.

Die KV Hamburg stellt bei der für das Jahr 2011 vorzunehmenden Endabrechnung der Leistungen nach Ziffer 3.4 sicher, dass insoweit eine für die jeweilige Krankenkasse nachvollziehbare Darstellung der Ausschöpfung der Ausgabenvolumina erfolgt. Hierbei sind die datenschutzrechtlichen Belange der jeweils anderen Krankenkassen zwingend zu beachten.

4. Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden folgende Leistungen des EBM von den Krankenkassen vergütet:

4.1. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe),

4.2. Leistungen des Kapitels 31 sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,

4.3. Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

4.4. Früherkennungsuntersuchungen nach der GOP 01723 (U 7 a),

4.5. Leistungen des Hautkrebsscreenings nach den GOP 01745, 01746,

4.6. Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

4.7. Leistungen der Strahlentherapie nach Kapitel 25 (GOP 25210 bis 25342),

4.8. Phototherapeutische Keratektomien nach den GOP 31362, 31734, 31735 und 40680,

4.9. Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:
01510 X, 01511 X, 01512 X, 02100 X, 02341 X, 05310 X, 05330 X, 05340 X, 05341 X, 05350 X, 08510 X, 08530 X, 08531 X, 08540 X bis 08542 X, 08550 X bis 08552 X, 08560 X, 08561 X, 08570 X bis 08574 X, 11311 X, 11312 X, 11320 X bis 11322 X, 31272 X, 31503 X, 31600 X, 31608 X, 31609 X, 31822 X, 33043 X, 33044 X, 33090 X, 36272 X, 36503 X, 36822 X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den GOP 32354 X, 32356 X, 32357 X, 32575 X, 32576 X, 32660 X, 32781 X, 32614 X, 32618 X.

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,

4.10. Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den GOP 01950 bis 01952,

4.11. Excisionen beim Hautkrebsscreening nach den GOP 10343 und 10344,

4.12. Leistungen der Schmerztherapie nach Abschnitt 30.7.1. gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V,

4.13. Dialyse Sachkostenpauschalen nach den GOP 40800 bis 40822,

4.14. Kostenpauschalen nach den GOP 40870 und 40872 für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen,

4.15. Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nach der GOP 13622 einschließlich der Sachkosten,

4.16. Kostenpauschalen nach den GOP 40860 und 40862 bis zum 31.03.2011 und ab dem 01.04.2011 nach den GOP 01425 und 01426 zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Die Rechnungslegung der Gebührenordnungspositionen 01425 und 01426 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 406, Ebene 6,

4.17. Spezialisierte Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922 und 30924,

4.18. unbesetzt

4.19. unbesetzt

4.20. Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882.

4.21. In Umsetzung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Überbrückung des Engpasses mit Radiopharmaka werden Leistungen der PET-Untersuchungen mit 18-Fluorid bis zum Ablauf der letztmalig ausgesprochenen Verlängerung der Beschlüsse mit einem Betrag von 500 EUR (GOP 88738) vergütet.

Hiervon werden 410,64 EUR außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Im Übrigen erfolgt die Vergütung der PET-Untersuchung mit 18-Fluorid in dem Umfang, in welchem die Vergütung der durch die genannten Verfahren substituierten Knochenszintigraphien erfolgt wäre, aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung/den Regelleistungsvolumina der Vertragsärzte, die die PET-Untersuchung erbringen. Eine Bereinigung findet nicht statt.

Die differenzierte Ausweisung nach der vorgenannten Regelung erfolgt im Formblatt 3 in der Kontenart 400 unter Kapitel 88 in der Ebene 6. Hierbei wird der Betrag von 500 EUR (GOP 88738)

- in Höhe von 89,36 EUR mit der Kennzeichnung 88738A innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ausgewiesen und
- in Höhe von 410,64 EUR mit der Kennzeichnung 88738B außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ausgewiesen

4.22. Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger nach den GOP 01955 und 01956 des Abschnittes 1.8 im EBM,

4.23. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Neugeborenen-Hörscreening) nach den GOP 01704, 01705 und 01706 des Abschnittes 1.7.1 im EBM,

4.24. Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung nach der GOP 01833 des Abschnittes 1.7.5 im EBM,

4.25. Leistungen und Kosten im Rahmen der Balneophototherapie nach der GOP 10350 des Abschnittes 10.3 des EBM.

Der Leistungsbedarf des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 als Ausgangsbasis gem. Beschluss Teil B der Beschlüsse des EBA vom 02.09.2009 sowie den Beschlüssen des EBA vom 5./11. Oktobers 2010 sowie dem Beschluss vom 24.11.2010 für die Ermittlung der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des entsprechenden Quartals des Jahres 2011 wird um die auf die Leistungen nach Nr. 4.11., 4.12. entfallenden Leistungsbedarfe des Jahres 2008 bereinigt.

Ebenso erfolgt eine Bereinigung um die auf die Nr. 4.25 entfallenen Leistungsbedarfe. Hierfür werden die Leistungsbedarfe nach den GOP 30430 und 30431 von Versicherten zugrunde gelegt, für die im entsprechenden Aufsatzzeitraum (1. bis 4. Quartal 2007)

- die Kodierung einer Psoriasis mit mindestens einem der folgenden ICD-Kodes dokumentiert wurde: L40.0, L40.3, L40.8, L40.9 und
- die eine Leistung nach den GOP 30430 und/oder 30431 erhalten haben.

Zur Berücksichtigung von Leistungen nach den GOP 30430 und/oder 30431, die bei Patienten mit einem PASI-Score unter 10 erbracht wurden, wird von dem so errechneten Leistungsbedarf ein Anteil von 50 % abgezogen.

5. Für

5.1. die Leistungen des Kapitels 31 (Abschnitte 31.2, 31.5) des EBM wird ein Zuschlag in Höhe von 0,7135 Cent,

5.2. die Begleitleistungen für ambulante Operationen der Abschnitte 31.1, 31.3, 31.4 und die Leistungen des Abschnitts 31.6 des EBM wird ein Zuschlag in Höhe von 1,2464 Cent,

5.3. die Leistungen nach den GOP 13421 bis 13431, 04514, 04515, 04518 und 04520 des EBM wird ein Zuschlag in Höhe von 0,7135 Cent sowie

5.4. die Leistungen der Phototherapeutische Keratektomien nach den GOP 31362 des EBM wird ein Zuschlag in Höhe von 0,7135 Cent,

5.5. die Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.2 und 1.7.4 des EBM exklusive der Leistungen nach den Nrn. 4.4, 4.5 und 4.23 dieses Vertrages wird ein Zuschlag in Höhe von 0,3241 Cent

auf den Punktwert nach Nr. 2. gezahlt.

Die Zuschläge nach den Nummern 5.1., 5.2., 5.3. und 5.4. dieser Vereinbarung stehen unter Vorbehalt:

Der GKV-Spitzenverband hat am 23.09.09 beim Landesozialgericht Berlin-Brandenburg einen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz mit dem Ziel gestellt, dass die aufschiebende Wirkung der anhängigen Klage gegen den vom Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 15. Sitzung am 02.09.09 getroffenen Beschlussteil C (Festlegung von Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur für das Jahr 2010 gemäß § 87 Abs. 2f SGB V) angeordnet wird. Wird durch das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg die aufschiebende Wirkung des Beschlussteils C angeordnet, entfaltet diese Anordnung sofortige Wirkung auf den vorliegenden Honorarvertrag.

Ergibt sich aus dem rechtskräftigen Urteil der beim Landesozialgericht Berlin-Brandenburg anhängigen Klage gegen den vom Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 15. Sitzung am 02.09.09 getroffenen Beschlussteil C (Festlegung von Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur für das Jahr 2010 gemäß § 87 Abs. 2f SGB V) eine anderweitige Finanzierungsregelung, werden die Vertragspartner diese Entscheidung umsetzen.

Sollte die Klage des GKV-Spitzenverbandes vor dem Landesozialgericht Berlin-Brandenburg erfolgreich sein, so ist das rechtskräftige Urteil umzusetzen. Sollte es zu keinem rechtskräftigen Urteil kommen, da der Klageweg weiter beschritten wird, wird die Zahlung der Zuschläge ausgesetzt, wenn im weiteren Verfahren die Kassenseite vertreten durch den GKV-Spitzenverband einstweiligen Rechtsschutz vor dem dann zuständigen Gericht erwirkt.
Dies gilt auch hinsichtlich anderer rechtskräftiger Urteile/Beschlüsse betreffend die Rechtmäßigkeit der Beschlüsse des Bewertungsausschusses.

Streitig sind vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg nur die Ziffern 5.1., 5.3. und 5.4. dieser Honorarvereinbarung. Mit den Zuschlägen zu den Begleitleistungen der ambulanten Operationen nach Ziffer 5.2. dieser Honorarvereinbarung wird analog den Hauptleistungen der ambulanten Operationen nach Ziffer 5.1. gemäß vorstehenden Absatzes dieser Honorarvereinbarung verfahren.

6. Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

6.1. Für jeden Besuch nach den GOP 01410, 01411, 01412 und 01721, für jede erste Visite am Behandlungstag in einer der in GOP 01414 oder 01415 genannten Einrichtung sowie einmal zu Leistungen nach GOP 05230 eine Wegepauschale nach Wegebereichen und Besuchszeiten in folgender Höhe:

a) Pauschale für Besuche nach GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

3,36 Euro (Abrechnungsnummer 97234);

b) Pauschale für Besuche nach GOP 01410 , 01721, 05230 und 01414 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

6,62 Euro (Abrechnungsnummer 97235);

c) Pauschale für Besuche nach GOP 01410 , 01721, 05230 und 01414 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

9,66 Euro (Abrechnungsnummer 97236);

d) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

6,62 Euro (Abrechnungsnummer 97237);

e) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

10,29 Euro (Abrechnungsnummer 97238);

f) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

13,86 Euro (Abrechnungsnummer 97239);

g) Pauschale für einen Besuch nach GOP 01410 oder 01414 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

11,24 Euro (Abrechnungsnummer 97160);

h) Pauschale für einen Besuch nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

15,54 Euro (Abrechnungsnummer 97161).

6.2. Das Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet. Die KVH stellt jedem Vertragsarzt hierfür eine Karte im Maßstab 1 : 50.000 zur Verfügung, auf der sowohl der Praxissitz als auch die Grenzen für den Rand und den Fernbereich eingezeichnet sind.

6.3. Die Wegepauschalen sind je Besuch bzw. Visite unabhängig davon berechnungsfähig, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung des jeweiligen Wegepauschales nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines der drei Wegebereiche.

6.4. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale der KVH mit einem Fahrdienst ausgeführt, so werden die Beträge für Wegeentschädigungen nicht an den Arzt abgeführt, sondern als Kosten des Notfalldienstes einbehalten. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale nicht mit einem Fahrdienst, sondern im eigenen Wagen des Arztes ausgeführt, so erhält der Arzt in einem generell im Notfalldienst mit Fahrdienst befahrenen Bezirk den von den Kostenträgern zu zahlenden Pauschalbetrag. Dies gilt nicht für Leistungen, die von Vertragsärzten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten sowie bei gegenseitiger Vertretung erbracht werden.

6.5. Für die Berechnung des Wegepauschales ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist.

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

7. Innerhalb der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Krankenkassen wird die stationäre vertragsärztliche Tätigkeit mit Ausnahme der Nr. 4.1. dieses Vertrages wie folgt vergütet:

7.1. Dem anerkannten Belegarzt werden die Visiten im Krankenhaus je Patient nach der GOP 01414 vergütet. Beim jeweils ersten Aufsuchen der Belegklinik am Behandlungstag wird zusätzlich für den ersten visitierten Patienten das entsprechende Wegepauschale nach Nr. 6 vergütet. Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung von Besuchen ausgeschlossen.

7.2. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

7.3. Ferner gelten für die Vergütung des Belegarztes folgende Besonderheiten:

a) Leistungen, für die in der regionalen Euro-Gebührenordnung bei belegärztlicher Leistungserbringung ein Abschlag vorgesehen ist, werden entsprechend bewertet.

b) Leistungen der Kapitel 33 und 34 der regionalen Euro-Gebührenordnung werden mit 60 % der Sätze der Gebührenordnung bewertet; können diese Leistungen im Belegkrankenhaus nicht erbracht werden, werden sie mit den Sätzen der Gebührenordnung bewertet.

c) Leistungen des Kapitels 32 der regionalen Euro-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen des Kapitels 01 der regionalen Euro-Gebührenordnung, die mit mindestens 6,-- Euro bewertet sind, werden mit den Sätzen der regionalen Euro-Gebührenordnung bewertet.

Die Leistungen des Kapitels 32 der regionalen Euro-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen aus dem Kapitel 01 der regionalen Euro-Gebührenordnung sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in § 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 28 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

d) alle übrigen Leistungen, die in der regionalen Euro-Gebührenordnung mit mehr als 6,-- Euro bewertet oder als Zuschlag beschrieben sind, werden mit dem vollen Satz der regionalen Euro-Gebührenordnung bewertet.

e) Leistungen, die in der regionalen Euro-Gebührenordnung mit weniger als 6,-- Euro bewertet sind, werden nicht vergütet.

7.4. Die reduzierten Vergütungssätze nach Nr. 7.3. gelten unabhängig davon, ob die Geräte dem Krankenhaus oder dem Belegarzt gehören.

7.5. Vom Belegarzt konsiliarisch oder mitbehandelnd hinzugezogene Vertragsärzte, die nicht selbst Belegärzte in demselben Belegkrankenhaus sind, rechnen ihre Leistungen nach den Bedingungen für die ambulant-kurative Versorgung ab.

Für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses zur Durchführung von Anästhesieleistungen wird dem Facharzt für Anästhesiologie für jeden Kranken einmal am Behandlungstag die GOP 05230 vergütet.

7.6. Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Punkte 7.1. bis 7.4. vergütet.

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.

a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitschaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.

Die Krankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.

Der Belegarzt hat - gegebenenfalls durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers - gegenüber der KVH nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind.

b) Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.

Dies gilt auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Krankenkassen ein Betrag von 3,07 Euro pro Patient und Pflegetag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflegetage.

7.8. Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung des Bereitschaftsdienstes vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr.7.7. dieser Anlage, ohne dass es einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf.

8. unbesetzt

9. Honorar-Rückforderungen betreffend Leistungen außerhalb der MGV aus nachträglichen sachlich-rechnerischen Berichtigungen sowie Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind von der KVH an die Krankenkassen zurückzuzahlen. Für Leistungen nach der Ziffer 3.4. dieser Honorarvereinbarung gilt dies mit der Maßgabe, dass die Ausgabenobergrenzen unter Berücksichtigung der sachlich-rechnerischen Berichtigungen sowie Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterschritten werden. Die KV Hamburg teilt den Vertragspartnern die sich aus entsprechenden rechtskräftig abgeschlossenen Verfahren ergebende Beträge mit.

10. Die KVH kommt allen aktuell gültigen Verpflichtungen zur Datenlieferung aus den Beschlüssen des BA/EBA vollständig und fristgerecht nach. Die KV Hamburg stellt

die Daten via sFTP-Server den datenannahmeberechtigten Stellen zur Verfügung. Bei nicht vollständiger oder nicht fristgerechter Datenlieferung, für die die KVH verantwortlich ist, wird jede der folgenden Abschlagszahlungen um 5 % gekürzt. Der einbehaltene Betrag wird erst nach erfolgter vollständiger Datenlieferung ausgeglichen.

11. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages und seiner Anlagen.

Hamburg, den 20.12.2010

Anlage 1

zur Honorarvereinbarung 2011

Übersicht zur regionalen Euro-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg im Jahre 2011

wird noch ausgeführt

Anlage 2a
zur Honorarvereinbarung 2011

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsweisen **vorhersehbaren** MGV gemäß Beschluss des EBA vom 02.09.09 sowie der Beschlüsse des EBA vom 5./11. Oktober / 24. November 2010 und honorarvertraglicher Regelung 2011 in Hamburg:

VKNR: Kasse: Vertragszeitraum: Ausgangszeitraum:

1. Leistungsbedarf gemäß Satzart ARZTRG87c4 innerhalb der MGV in Punkten je Quartal (Leistungen in Euro sind mit OPW 3,5048 Cent umzurechnen) bereinigt um die gemäß der Honorarvereinbarung außerhalb der MGV vereinbarten Leistungen (Excisionen beim Hautkrebsscreening [GOP 10343, 10344 soweit diese im Zusammenhang mit den GOP 01745, 01746 erbracht wurden], schmerztherapeutische Leistungen [LSK = A1])

1.1. Leistungen ohne Leistungssegment (LSK=RA)	x
1.2. Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (LSK =N) inkl. Anpassungsfaktor 1,1018	x
1.3. Laborärztliche Grundpauschale (LSK=L) inkl. Anpassungsfaktor 0,6407	x
1.4. Akupunktur (LSK=A2) inkl. Anpassungsfaktor 1,1733	x
1.5 Polysomnographie (LSK=A3) inkl. Anpassungsfaktor 1,2063	x
1.6. MRT-Angiographie (LSK=A4) inkl. Anpassungsfaktor 1,1706	x
1.7. Antrags-und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (LSK=A5) inkl. Anpassungsfaktor 1,2944	x
1.8. Balneophototherapie gemäß Bereinigung für Ziffer 4.25	x
Summe MGV Leistungsbedarf in Punkten	*x*
2. Anwendung HVV-Quote Hamburg 0,8826 (Ergebnis 1. *0,8826)	**x**
3. Multiplikation Nr. 2 mit Veränderungsrate 2008/2009 1,051 (Beschluss Teil B Ziffer 1.6 EBA 2.9.09)	**x**
4. Multiplikation Nr. 3 mit Veränderungsrate 2009/2010 1,016616 (Beschluss Teil B Ziff. 2.3.3 EBA 2.9.09)	**x**
5. Multiplikation Nr. 4 mit Steigerungsrate 1,003357 (Beschluss Teil B Ziff. 3.3 EBA 2.9.09)	**x**
5.1 Multiplikation Nr. 5 mit der Steigerungsrate 1,0125	**x**
6. Versichertenzahl des Ausgangszeitraumes lt. Satzart ANZVER87c4	**x**
7. Leistungsbedarf je Versicherten (Ergebnis 5./ 6.)	**x**
8. aktuelle Versichertenzahl nach Ziffer 3.1 der Honorarvereinbarung Satzart ANZVER87c4	**x**
9. morbiditätsbedingter Leistungsbedarf in Punkten (Ergebnis 7. * 8.)	**x**
10. vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bewertet zum OPW 3,5048 Cent (Ergebnis 9. * 0,035048 EUR)	**x**

Der Leistungsbedarf der Ziffern 1.2 - 1.8 stellt den Leistungsbedarf nach der Anpassung mit dem jeweils genannten Anpassungsfaktor dar.

Anlage 2b
zur Honorarvereinbarung 2011

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsweisen MGV gemäß Beschluss des EBA vom 02.09.09 sowie der Beschlüsse des EBA vom 5./11. Oktober / 24. November 2010 und honorarvertraglicher Regelung 2010 in Hamburg:

VKNR: Kasse: Vertragszeitraum: Ausgangszeitraum:

1. Leistungsbedarf gemäß Satzart ARZTRG87c4 innerhalb der MGV in Punkten je Quartal (Leistungen in Euro sind mit OPW 3,5048 Cent umzurechnen) bereinigt um die gemäß der Honorarvereinbarung außerhalb der MGV vereinbarten Leistungen (Excisionen beim Hautkrebsscreening [GOP 10343, 10344 soweit diese im Zusammenhang mit den GOP 01745, 01746 erbracht wurden], schmerztherapeutische Leistungen [LSK = A1])

1.1. Leistungen ohne Leistungssegment (LSK=RA)	x
1.2. Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (LSK =N) inkl. Anpassungsfaktor 1,1018	x
1.3. Laborärztliche Grundpauschale (LSK=L) inkl. Anpassungsfaktor 0,6407	x
1.4. Akupunktur (LSK=A2) inkl. Anpassungsfaktor 1,1733	x
1.5 Polysomnographie (LSK=A3) inkl. Anpassungsfaktor 1,2063	x
1.6. MRT-Angiographie (LSK=A4) inkl. Anpassungsfaktor 1,1706	x
1.7. Antrags-und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (LSK=A5) inkl. Anpassungsfaktor 1,2944	x
1.8. Balneophototherapie gemäß Bereinigung für Ziffer 4.25	x
Summe MGV Leistungsbedarf in Punkten	*x*
2. Anwendung HVV-Quote Hamburg 0,8826 (Ergebnis 1. *0,8826)	**x**
3. Multiplikation Nr. 2 mit Veränderungsrate 2008/2009 1,051 (Beschluss Teil B Ziffer 1.6 EBA 2.9.09)	**x**
4. Multiplikation Nr. 3 mit Veränderungsrate 2009/2010 1,016616 (Beschluss Teil B Ziff. 2.3.3 EBA 2.9.09)	**x**
5. Multiplikation Nr. 4 mit Steigerungsrate 1,003357 (Beschluss Teil B Ziff. 3.3 EBA 2.9.09)	**x**
5.1 Multiplikation Nr. 5 mit der Steigerungsrate 1,0125	**x**
6. Versichertenzahl des Ausgangszeitraumes lt. Satzart ANZVER87c4	**x**
7. Leistungsbedarf je Versicherten (Ergebnis 5./6.)	**x**
8. tatsächliche Versichertenzahl des Vertragszeitraumes laut Satzart ANZVER87c4 (z. B. I/2011 für I/2011)	**x**
9. morbiditätsbedingter Leistungsbedarf in Punkten (Ergebnis 7. * 8.)	**x**
10. morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bewertet zum OPW 3,5048 Cent (Ergebnis 9. * 0,035048 EUR)	**x**

Der Leistungsbedarf der Ziffern 1.2 - 1.8 stellt den Leistungsbedarf nach der Anpassung mit dem jeweils genannten Anpassungsfaktor dar.

Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2011

Die Partner dieser Vereinbarung sind sich darüber einig, dass andere zwischen ihnen geschlossene Verträge durch den Abschluss dieser Vereinbarung unberührt bleiben.

Eine Regelung über Kostenerstattungen ist noch für die § 13 Abs. 2 und § 53 Abs. 4 SGB V zu vereinbaren.

Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung der Wegepauschalen vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr. 6 dieser Vereinbarung, ohne dass es diesbezüglich einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf. Die Partner dieser Vereinbarung werden prüfen, welche Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch eine Aufnahme der Wegepauschalen in den EBM notwendig wird, soweit nicht der Bewertungsausschuss entsprechende Regelungen verabschiedet.

Sofern Regelungen der vorstehenden Honorarvereinbarung mit den zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Knappschaft bestehenden gesamtvertraglichen Bestimmungen kollidieren, haben die letztgenannten Bestimmungen Vorrang.

Die Vertragspartner sind darüber einig, dass die Pauschalen für das Sozialpädiatrische Zentrum Dr. Flehmig, die von der KVH im Auftrag der Krankenkassen abgerechnet werden, durchlaufende Posten im Sinne von Ziffer 3.9. sind.

Die Vertragspartner streben eine erhöhte Transparenz bezüglich der Aufbringung und Verwendung der Mittel für die Honorierung ärztlicher Leistungen an (ggf. durch gegenseitige Konsultation und/oder Austausch von Informationen). Die Vertragspartner halten quartalsweise Treffen für geeignet, eine erhöhte Transparenz zu erreichen. Ein weiterer Termin findet bis zum 31.01.2011 statt.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass für das I. Quartal 2011 das Abstimmungsverfahren gemäß Ziffer 3.3. und 3.4. auch dann vorzunehmen ist, wenn die maßgeblichen Fristen nicht eingehalten werden können.

Die Vertragspartner werden bis zum 01.03.2011 Regelungen darüber treffen, wie Bereinigungsvolumina aufgrund der hierzu getroffenen Vereinbarungen bei Beitritt von Versicherten zu Selektivverträgen bei der Bemessung der von den Krankenkassen an die KV Hamburg zu leistenden monatlichen Abschlagszahlungen zu berücksichtigen sind.

Honorarvereinbarung 2012
vom 20.04.2012

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)
- DAK - Gesundheit
- 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 folgende

Honorarvereinbarung 2012

geschlossen:

Diese gemeinsam und einheitlich geschlossene Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2012“ Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Präambel

Diese Vereinbarung basiert auf den Beschlüssen des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses, im Folgenden (E)BA genannt. Vorgaben und/oder Empfehlungen gemäß der Beschlüsse des (E)BA finden Anwendung, soweit nicht im Folgenden Abweichendes vereinbart ist.

1. Ambulante ärztliche Leistungen werden, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, nach der regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V vergütet. Dies gilt auch für ambulante ärztliche Leistungen von Krankenhäusern in Notfällen mit der Maßgabe, dass diese mit 90 % nach der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden.

2. Der Punktwert zur Berechnung der regionalen Euro-Gebührenordnung (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) im Jahre 2012 beträgt 3,5048 Cent.

2.1. Verspätet eingereichte Behandlungsausweise werden dem Quartal des Zeitpunktes der Einreichung zugerechnet, mit den Behandlungsausweisen des Abrechnungsquartals zusammengeführt und nach den Bestimmungen des VM vergütet, die zum Zeitpunkt der Einreichung gelten. Dies gilt nicht, soweit hinsichtlich der abgerechneten Leistungen zwischenzeitlich Änderungen des EBM bzw. der Vergütungsstruktur und –höhe erfolgt sind. Insoweit erfolgt die Vergütung zu den Bedingungen des Abrechnungsquartals der Leistungserbringung. Den Krankenkassen dürfen durch die Zurechnung verspätet eingereichter Behandlungsausweise gegenüber dem Quartal der Erbringung der Leistung keinerlei zusätzliche finanzielle Belastungen entstehen.

3. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals je Versicherten der Krankenkasse und der jeweils aktuellen Zahl der Versicherten der Krankenkasse je Abrechnungsquartal sowie dem Punktwert nach Nr. 2 (Berechnungsschema gemäß der Anlagen 2a/2b).

3.1. Der Aufsatz für die Berechnung der vorhersehbaren quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie für die Berechnung der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2012 ist gemäß der Beschlüsse des E(BA), insbesondere nach den Vorgaben des 266. Beschlusses des Bewertungsausschusses (im Folgenden BA genannt) vom 14. Dezember 2011 zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahre 2012 die je Krankenkasse gemäß § 87a Absatz 3 Satz 2 SGB V für das Jahr 2011 vereinbarte und unbereinigte Leistungsmenge je Versicherten.

Hierbei werden die unbereinigten Leistungsmengen je Versicherten des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 (Ausgangsgröße) für die Ermittlung des Behandlungsbedarfs für das Jahr 2012 gem. der Beschlüsse des E(BA) und den Regelungen dieser Vereinbarung wie folgt angepasst:

3.1.1. Gemäß Ziffer 3.2. des 266. Beschlusses des BA wird die Ausgangsgröße um die anteiligen Leistungsmengen der reproduktionsmedizinischen Beratungsleistungen (GOP 08520 und 08521) nach Anwendung des Wohnortprinzips erhöht.

3.1.2. Die Ausgangsgröße wird um die auf die Leistungen nach Nr. 4.11. (Excisionen beim Hautkrebsscreening), 4.12. (Leistungen der Schmerztherapie) entfallenden Leistungsbedarfe des Jahres 2008 bereinigt.

3.1.3. Für die auf die Nr. 4.25. (Balneophototherapie) entfallenen Leistungsbedarfe erfolgt ebenfalls eine Bereinigung der Ausgangsgröße. Hierfür werden die Leistungsbedarfe nach den GOP 30430 und 30431 von Versicherten zugrunde gelegt, für die im entsprechenden Aufsatzzeitraum (1. bis 4. Quartal 2007)

- die Kodierung einer Psoriasis mit mindestens einem der folgenden ICD-Kodes dokumentiert wurde: L40.0, L40.3, L40.8, L40.9 und
- die eine Leistung nach den GOP 30430 und/oder 30431 erhalten haben.

Zur Berücksichtigung von Leistungen nach den GOP 30430 und/oder 30431, die bei Patienten mit einem PASI-Score unter 10 erbracht wurden, wird von dem so errechneten Leistungsbedarf ein Anteil von 50 % abgezogen.

3.2. Für Leistungen gemäß Nr. 4.26. (Eradikationstherapie, MRSA) erfolgt eine Bereinigung des vereinbarten morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes. Hierzu wird der vereinbarte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf je GKV-Versicherten in den Quartalen II/2012 bis I/2013 um je 0,455 Punkte basiswirksam bereinigt.

3.3. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen wird in Summe über alle Krankenkassen einmalig für das Jahr 2012 in jedem Quartal um einen festen Stützungsbetrag von **300.000 Euro** erhöht. Der feste Stützungsbetrag wird ausschließlich für die drei GOP 01410, 01413 und 01415 zur Verfügung gestellt. Der feste Stützungsbetrag wird zusätzlich zu den finanziellen Mitteln zur Verfügung gestellt, die in jedem Quartal des Jahres 2011 für die jeweilige GOP (01410, 01413, 01415) zur Verfügung standen. Die Aufteilung des jeweiligen Stützungsbetrages auf die einzelnen Kassen erfolgt auf Basis des Quartals I/2011 für I/2012; II/2011 für II/2012; III/2011 für III/2012 sowie IV/2010 für IV/2012 gemäß dem Anteil der jeweiligen Kasse am abgerechneten Punktzahlvolumen für diese Leistungen.

Für die Kostenpauschalen der Strahlentherapie nach Nr. 4.7. (GOP 40840, 40841) erfolgt eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Krankenkassen auf Basis des Quartals I/2011 für I/2012; II/2011 für II/2012; III/2011 für III/2012 sowie IV/2010 für IV/2012. Der Gesamtbereinigungsbetrag beträgt **3.285.530,00 Euro**. Die Aufteilung dieses Bereinigungsbetrags auf die einzelnen Kassen erfolgt gemäß dem Anteil der jeweiligen Kasse am abgerechneten Punktzahlvolumen für diese Leistungen.

Für die ärztlichen Betreuungsleistungen gemäß Nr. 4.13. (GOP 13602, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621 EBM) erfolgt eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Krankenkassen auf Basis des Quartals I/2011 für I/2012; II/2011 für II/2012; III/2011 für III/2012 sowie IV/2010 für IV/2012. Der Gesamtbereinigungsbetrag beträgt **2.878.025,33 Euro**. Die Aufteilung dieses Bereinigungsbetrags auf die einzelnen Kassen erfolgt gemäß dem Anteil der jeweiligen Kasse am abgerechneten Punktzahlvolumen für diese Leistungen.

3.4. Soweit zwischen den Krankenkassen und der KVH Vereinbarungen zur Bereinigung der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Selektivverträgen nach § 73b, 73c, 140a ff. SGB V geschlossen sind, wird die MGV nach Maßgabe dieser Verträge bereinigt.

3.5. Die rubrizierenden Verbände der Krankenkassen liefern die für die Berechnung der vorhersehbaren quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie für die Berechnung der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erforderlichen Versichertenzahlen entsprechend des dazu vom BA gefassten Beschlusses und den diesbezüglichen Folge-Beschlüssen. (Der BA hat in seiner 154. Sitzung in Teil B Ziffer IV die Meldung der Versichertenzahlen beschlossen. Dieser Beschluss wurde zuletzt durch den 169., 185., 199., 263. sowie dem 277. Beschluss geändert bzw. ergänzt.)

3.6. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4. dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V sowie gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V ist für das Jahr 2012 gemäß § 87 d Abs. 2 Satz 4 SGB V ausgeschlossen. Insbesondere kann keine Nachschusspflicht aus Regelungen zur Honorarverteilung resultieren.

3.7. Die KVH übermittelt die Berechnung der kassenspezifischen vorhersehbaren quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen gemäß Anlage 2a zu dieser Vereinbarung jeweils 9 Wochen vor Quartalsbeginn an die zur Entgegennahme der kassenseitigen Abrechnung berechtigten Stellen. Mit Übermittlung der Berechnung beginnt eine Ausschlussfrist von 3 Wochen, binnen derer die Krankenkassen die Berechnungen beanstanden können.
Im Falle einer Beanstandung ist die Höhe der vorhersehbaren quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zwischen KVH und der Krankenkasse unverzüglich einvernehmlich festzustellen. Kommt eine einvernehmliche Feststellung binnen der vorgenannten Frist nicht zustande, gilt die von der KVH mitgeteilte vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung allein zum Zwecke der Berechnung der Honorarverteilung.

Die kassenspezifischen quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen werden unabhängig davon nach Anlage 2b zu dieser Vereinbarung bei Rechnungslegung berechnet und den Kassen mitgeteilt.

3.8. Für den Fall von Kassenfusionen vereinbaren die Vertragspartner, dass soweit zwischen den jeweiligen Gesamtvertragspartnern nicht etwas anderes vereinbart ist,

der Behandlungsbedarf nach Ziffer 1 des Berechnungsschemas der Anlage 2a und b der Summe der Behandlungsbedarfe der fusionierten Krankenkassen entspricht.

3.9. Der Beschluss des BA in seiner 266. Sitzung zur Änderung der Beschlüsse in der 238. Sitzung, der 242. Sitzung und der 246. Sitzung wird – soweit noch nicht erfolgt - umgesetzt. Eine ggf. notwendige Verfahrensregelung wird zwischen den Vertragsparteien getroffen.
Vorgaben des BA nach § 87a Absatz 5 Satz 7 SGB V im Zusammenhang mit § 116b Absatz 6 Satz 13 bis 15 SGB V werden umgesetzt. Die hierfür notwendigen Regelungen werden zeitnah nach Inkrafttreten des Beschlusses zwischen den Vertragspartnern getroffen.

4. Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden folgende Leistungen des EBM von den Krankenkassen vergütet:

4.1. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe),

4.2. Leistungen des Kapitels 31 sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,

4.3. Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

4.4. Früherkennungsuntersuchungen nach der GOP 01723 (U 7 a),

4.5. Leistungen des Hautkrebsscreenings nach den GOP 01745, 01746,

4.6. Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

4.7. Leistungen der Strahlentherapie nach Kapitel 25 (GOP 25210 bis 25342) sowie Kostenpauschalen der Strahlentherapie nach Kapitel 40.15 (GOP 40840, 40841),

4.8. Phototherapeutische Keratektomien nach den GOP 31362, 31734, 31735 und 40680,

4.9. Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:

01510 X, 01511 X, 01512 X, 02100 X, 02341 X, 05310 X, 05330 X, 05340 X, 05341 X, 05350 X, 08510 X, 08530 X, 08531 X, 08540 X bis 08542 X, 08550 X bis 08552 X, 08560 X, 08561 X, 08570 X bis 08574 X, 11311 X, 11312 X, 11320 X bis 11322 X, **11330 X bis 11334 X, 11351 X, 11352 X, 11354 X, 11360 X, 11361 X, 11370 X bis 11372 X, 11380 X, 11390 X, 11391 X, 11395 X, 11396 X, 11400 X, 11401 X, 11403 X, 11404 X, 11410 X bis 11412 X, 11420 X bis 11422 X, 11430 X bis 11434 X, 11440 X bis 11443 X**, 31272 X, 31503 X, 31600 X, 31608 X, 31609 X, 31822 X, 33043 X, 33044 X, 33090 X, 36272 X, 36503 X, 36822 X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den GOP 32354 X, 32356 X, 32357 X, 32575 X, 32576 X, 32660 X, 32781 X, 32614 X und 32618 X.

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,

4.10. Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den GOP 01950 bis 01952,

4.11. Excisionen beim Hautkrebsscreening nach den GOP 10343 und 10344,

4.12. Leistungen der Schmerztherapie nach Abschnitt 30.7.1. gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V,

4.13. Ärztliche Betreuungsleistungen bei Dialyse gemäß GOP 13602, 13610, 13611, 13612, 13620 und 13621 einschließlich der Sachkosten nach den GOP 40800 bis 40822,

4.14. Kostenpauschalen nach den GOP 40870 und 40872 für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen,

4.15. Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nach der GOP 13622 einschließlich der Sachkosten,

4.16. Kostenpauschalen nach den GOP 01425 und 01426 zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Die Rechnungslegung der Gebührenordnungspositionen 01425 und 01426 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 406, Ebene 6,

4.17. Spezialisierte Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922 und 30924,

4.18. unbesetzt

4.19. unbesetzt

4.20. Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882,

4.21. unbesetzt

4.22. Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger nach den GOP 01955 und 01956 des Abschnittes 1.8 im EBM,

4.23. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Neugeborenen-Hörscreening) nach den GOP 01704, 01705 und 01706 des Abschnittes 1.7.1 im EBM,

4.24. Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung nach der GOP 01833 des Abschnittes 1.7.5 im EBM,

4.25. Leistungen und Kosten im Rahmen der Balneophototherapie nach der GOP 10350 des Abschnittes 10.3 des EBM.

4.26. Ab dem 01. April 2012 Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach den GOP 86770, 86772, 86774, 86776, 86778, 86780, 86781, 86782, 86784.

5. Für

5.1. die Leistungen des Kapitels 31 (Abschnitte 31.2, 31.5) des EBM wird ein Zuschlag in Höhe von 0,7135 Cent,

5.2. die Begleitleistungen für ambulante Operationen der Abschnitte 31.1, 31.3, 31.4 und die Leistungen des Abschnitts 31.6 des EBM wird ein Zuschlag in Höhe von 1,2464 Cent,

5.3. die Leistungen nach den GOP 13421 bis 13431, 04514, 04515, 04518 und 04520 des EBM wird ein Zuschlag in Höhe von 0,7135 Cent sowie

5.4. die Leistungen der Phototherapeutische Keratektomien nach den GOP 31362 des EBM wird ein Zuschlag in Höhe von 0,7135 Cent,

5.5. die Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.2 und 1.7.4 des EBM exklusive der Leistungen nach den Nrn. 4.4., 4.5. und 4.23. dieses Vertrages wird ein Zuschlag in Höhe von 0,3241 Cent

auf den Punktwert nach Nr. 2. gezahlt.

Die Zuschläge nach den Nummern 5.1., 5.2., 5.3. und 5.4. dieser Vereinbarung stehen unter Vorbehalt:

Der GKV-Spitzenverband hat am 23.09.09 beim Landesozialgericht Berlin-Brandenburg einen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz mit dem Ziel gestellt, dass die aufschiebende Wirkung der anhängigen Klage gegen den vom Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 15. Sitzung am 02.09.09 getroffenen Beschlussteil C (Festlegung von Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur für das Jahr 2010 gemäß § 87 Abs. 2f SGB V) angeordnet wird. Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hat am 15.12.2010 die aufschiebende Wirkung des Beschlussteils C angeordnet; diese entfaltet unmittelbare Wirkung auf den vorliegenden Honorarvertrag.

Ergibt sich aus dem rechtskräftigen Urteil der beim Landesozialgericht Berlin-Brandenburg anhängigen Klage gegen den vom Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 15. Sitzung am 02.09.09 getroffenen Beschlussteil C (Festlegung von Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur für das Jahr 2010 gemäß § 87 Abs. 2f SGB V) eine anderweitige Finanzierungsregelung, werden die Vertragspartner diese Entscheidung umsetzen.

Die Zahlung der oben genannten Zuschläge wird ausgesetzt, solange der vom GKV-Spitzenverband erwirkte einstweilige Rechtsschutz Wirkung entfaltet. Sollte die Klage des GKV-Spitzenverbands rechtskräftig erfolgreich sein, so ist das rechtskräftige Urteil umzusetzen. Dies gilt auch hinsichtlich anderer rechtskräftiger Urteile/Beschlüsse betreffend die Rechtmäßigkeit der Beschlüsse des Bewertungsausschusses.

Streitig sind vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg nur die Ziffern 5.1., 5.3. und 5.4. dieser Honorarvereinbarung. Mit den Zuschlägen zu den Begleitleistungen der ambulanten Operationen nach Ziffer 5.2. dieser Honorarvereinbarung wird analog den Hauptleistungen der ambulanten Operationen nach Ziffer 5.1. gemäß vorstehenden Absatzes dieser Honorarvereinbarung verfahren.

6. Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

6.1. Für jeden Besuch nach den GOP 01410, 01411, 01412 und 01721, für jede erste Visite am Behandlungstag in einer der in GOP 01414 oder 01415 genannten Einrichtung sowie einmal zu Leistungen nach GOP 05230 eine Wegepauschale nach Wegebereichen und Besuchszeiten in folgender Höhe:

a) Pauschale für Besuche nach GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

3,36 Euro (Abrechnungsnummer 97234);

b) Pauschale für Besuche nach GOP 01410 , 01721, 05230 und 01414 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

6,62 Euro (Abrechnungsnummer 97235);

c) Pauschale für Besuche nach GOP 01410 , 01721, 05230 und 01414 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

9,66 Euro (Abrechnungsnummer 97236);

d) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

6,62 Euro (Abrechnungsnummer 97237);

e) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

10,29 Euro (Abrechnungsnummer 97238);

f) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

13,86 Euro (Abrechnungsnummer 97239);

g) Pauschale für einen Besuch nach GOP 01410 oder 01414 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4 :

11,24 Euro (Abrechnungsnummer 97160);

h) Pauschale für einen Besuch nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

15,54 Euro (Abrechnungsnummer 97161).

6.2. Das Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet. Die KVH stellt jedem Vertragsarzt hierfür eine Karte im Maßstab 1 : 50.000 zur Verfügung, auf der sowohl der Praxissitz als auch die Grenzen für den Rand und den Fernbereich eingezeichnet sind.

6.3. Die Wegepauschalen sind je Besuch bzw. Visite unabhängig davon berechnungsfähig, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung des jeweiligen Wegepauschales nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines der drei Wegebereiche.

6.4. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale der KVH mit einem Fahrdienst ausgeführt, so werden die Beträge für Wegeentschädigungen nicht an den Arzt abgeführt, sondern als Kosten des Notfalldienstes einbehalten. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale nicht mit einem Fahrdienst, sondern im eigenen Wagen des Arztes ausgeführt, so erhält der Arzt in einem generell im Notfalldienst mit Fahrdienst befahrenen Bezirk den von den Kostenträgern zu zahlenden Pauschalbetrag. Dies gilt nicht für Leistungen, die von Vertragsärzten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten sowie bei gegenseitiger Vertretung erbracht werden.

6.5. Für die Berechnung des Wegepauschales ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist.

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

7. Innerhalb der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Krankenkassen wird die stationäre vertragsärztliche Tätigkeit mit Ausnahme der Nr. 4.1. dieses Vertrages wie folgt vergütet:

7.1. Dem anerkannten Belegarzt werden die Visiten im Krankenhaus je Patient nach der GOP 01414 vergütet. Beim jeweils ersten Aufsuchen der Belegklinik am Behandlungstag wird zusätzlich für den ersten visitierten Patienten das entsprechende Wegepauschale nach Nr. 6 vergütet. Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung von Besuchen ausgeschlossen.

7.2. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

7.3. Ferner gelten für die Vergütung des Belegarztes folgende Besonderheiten:

a) Leistungen, für die in der regionalen Euro-Gebührenordnung bei belegärztlicher Leistungserbringung ein Abschlag vorgesehen ist, werden entsprechend bewertet.

b) Leistungen der Kapitel 33 und 34 der regionalen Euro-Gebührenordnung werden mit 60 % der Sätze der Gebührenordnung bewertet; können diese Leistungen im Belegkrankenhaus nicht erbracht werden, werden sie mit den Sätzen der Gebührenordnung bewertet.

c) Leistungen des Kapitels 32 der regionalen Euro-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen des Kapitels 01 der regionalen Euro-Gebührenordnung, die mit mindestens 6,-- Euro bewertet sind, werden mit den Sätzen der regionalen Euro-Gebührenordnung bewertet.

Die Leistungen des Kapitels 32 der regionalen Euro-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen aus dem Kapitel 01 der regionalen Euro-Gebührenordnung sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in § 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 28 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

d) alle übrigen Leistungen, die in der regionalen Euro-Gebührenordnung mit mehr als 6,-- Euro bewertet oder als Zuschlag beschrieben sind, werden mit dem vollen Satz der regionalen Euro-Gebührenordnung bewertet.

e) Leistungen, die in der regionalen Euro-Gebührenordnung mit weniger als 6,-- Euro bewertet sind, werden nicht vergütet.

7.4. Die reduzierten Vergütungssätze nach Nr. 7.3. gelten unabhängig davon, ob die Geräte dem Krankenhaus oder dem Belegarzt gehören.

7.5. Vom Belegarzt konsiliarisch oder mitbehandelnd hinzugezogene Vertragsärzte, die nicht selbst Belegärzte in demselben Belegkrankenhaus sind, rechnen ihre Leistungen nach den Bedingungen für die ambulant-kurative Versorgung ab.

Für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses zur Durchführung von Anästhesieleistungen wird dem Facharzt für Anästhesiologie für jeden Kranken einmal am Behandlungstag die GOP 05230 vergütet.

7.6. Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Punkte 7.1. bis 7.4. vergütet.

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.

a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitschaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.

Die Krankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.

Der Belegarzt hat - gegebenenfalls durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers - gegenüber der KVH nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind.

b) Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.

Dies gilt auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Krankenkassen ein Betrag von 3,07 Euro pro Patient und Pflegetag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflegetage.

7.8. Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung des Bereitschaftsdienstes vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr.7.7. dieser Anlage, ohne dass es einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf.

8. Rechnungslegung

8.1. Die KVH stellt eine Rechnungslegung entsprechend der Regelungen dieses Vertrages sicher. In die Rechnung fließen die kassenindividuelle quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (höchstzulässige Obergrenze), Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß dieser Honorarvereinbarung und gesonderten vertraglichen Regelungen sowie durchlaufende Posten ein.

8.2. Die Vertragspartner sind darüber einig, dass die Pauschalen für das Sozialpädiatrische Zentrum Dr. Flehmig, die von der KVH im Auftrag der Krankenkassen bis einschließlich 30.06.2012 abgerechnet werden, durchlaufende Posten im Sinne von Ziffer 8.1. sind.

9. Honorar-Rückforderungen betreffend Leistungen außerhalb der MGV aus nachträglichen sachlich-rechnerischen Berichtigungen sowie Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind von der KVH an die Krankenkassen zurückzuzahlen. Die KV Hamburg teilt den Vertragspartnern die sich aus entsprechenden rechtskräftig abgeschlossenen Verfahren ergebende Beträge mit.

10. Die Anrechnung von Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 und § 53 Abs. 4 SGB V auf die MGV erfolgt nach Maßgabe gesonderter vertraglicher Regelungen.

11. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages und seiner Anlagen.

Hamburg, den 20.04.2012

Anlage 1

zur Honorarvereinbarung 2012

Übersicht zur regionalen Euro-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg im Jahre 2012

wird noch ausgeführt

Anlage 2a
zur Honorarvereinbarung 2012

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsweisen vorhersehbaren MGV gemäß der Beschlüsse des (E)BA und der honorarvertraglichen Regelung 2012 in Hamburg:

VKNR: Kasse: Vertragszeitraum: Ausgangszeitraum:

1. Der gem. Ziffer 3.1 dieser Honorarvereinbarung angepasste Leistungsbedarf gemäß Satzart ARZTRG87c4 innerhalb der MGV in Punkten je Quartal (Leistungen in Euro sind mit OPW 3,5048 Cent umzurechnen),

- erhöht um die anteiligen Leistungsmengen der reproduktionsmedizinischen Beratungsleistungen nach den GOP 08520 und 08521

- bereinigt um die folgenden gemäß der Honorarvereinbarung außerhalb der MGV vereinbarten Leistungen:

- Excisionen beim Hautkrebsscreening [GOP 10343, 10344 soweit diese im Zusammenhang mit den GOP 01745, 01746 erbracht wurden],

- schmerztherapeutische Leistungen gem. Ziffer 4.12

- Balneophototherapie gemäß Bereinigungsregelung für Ziffer 4.25 in Ziffer 3.1.3.

1.1. Leistungen ohne Leistungssegment
1.2. Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall
inkl. Anpassungsfaktor 1,1018
1.3. Laborärztliche Grundpauschale inkl.
Anpassungsfaktor 0,6407
1.4. Akupunktur inkl. Anpassungsfaktor 1,1733
1.5 Polysomnographie inkl. Anpassungsfaktor 1,2063
1.6. MRT-Angiographie inkl. Anpassungsfaktor 1,1706
1.7. Antrags-und genehmigungspflichtige Leistungen der
Psychotherapie inkl. Anpassungsfaktor 1,2944

Summe MGV Leistungsbedarf in Punkten

2. Anwendung HVV-Quote Hamburg 0,8826:	**Ergebnis 1. x 0,8826**
3. Multiplikation Nr. 2 mit Veränderungsrate 2008/2009:	**Ergebnis 2. x 1,0510**
(Beschluss Teil B Ziffer 1.6 EBA 2.9.09)	
4. Multiplikation Nr. 3 mit Veränderungsrate 2009/2010:	**Ergebnis 3. x 1,016616**
(Beschluss Teil B Ziff. 2.3.3 EBA 2.9.09)	
5. Multiplikation Nr. 4 mit Steigerungsrate 2009/2010	**Ergebnis 4. x 1,003357**
(Beschluss Teil B Ziff. 3.3 EBA 2.9.09)	
5.1 Multiplikation Nr. 5 mit der Steigerungsrate 2011:	**Ergebnis 5. x 1,0125**
5.2. Multiplikation Nr. 5.1 mit der Steigerungsrate 2012:	**Ergebnis 5.1. x 1,0125**
6. Versichertenzahl des Ausgangszeitraumes lt. Satzart ANZVER87c4	
7. Leistungsbedarf je Versicherten:	**Ergebnis 5.2/ 6.**
8. aktuelle Versichertenzahl nach Ziffer 3.5 der Honorarvereinbarung Satzart ANZVER87c4	
9. morbiditätsbedingter Leistungsbedarf in Punkten:	**Ergebnis 7. x 8.**
9.1. Ab II. Quartal 2012 Abzug von 1,82 Punkten geteilt durch 4 (0,455 Punkte je Quartal) je GKV-Versicherten auf Grund Ziffer 4.26 (MRSA)	
10. vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bewertet zum OPW 3,5048 Cent:	**Ergebnis 9. x 0,035048 EUR**
11. Erhöhung um den quartalsbezogenen Stützungsbetrag für Leistungen nach der GOP 01410, 01413 und 01415 entsprechend Ziffer 3.3 Absatz 1	
12. Minderung um den quartalsbezogenen Bereinigungsbetrag für die Sachkosten der Strahlentherapie entsprechend Ziffer 3.3 Absatz 2	
13. Minderung um den quartalsbezogenen Bereinigungsbetrag für die ärztlichen Betreuungsleistungen der Dialyse entsprechend (Ziffer 4.13) entsprechend Ziffer 3.3 Absatz 3	

Der Leistungsbedarf der Ziffern 1.2 - 1.7 stellt den Leistungsbedarf nach der Anpassung mit dem jeweils genannten Anpassungsfaktor dar.

Anlage 2b
zur Honorarvereinbarung 2012

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsweisen MGV gemäß der Beschlüsse des (E)BA und der honorarvertraglichen Regelung 2012 in Hamburg:

VKNR: Kasse: Vertragszeitraum: Ausgangszeitraum:

1. Der gem. Ziffer 3.1 dieser Honorarvereinbarung angepasste Leistungsbedarf gemäß Satzart ARZTRG87c4 innerhalb der MGV in Punkten je Quartal (Leistungen in Euro sind mit OPW 3,5048 Cent umzurechnen),

- erhöht um die anteiligen Leistungsmengen der reproduktionsmedizinischen Beratungsleistungen nach den GOP 08520 und 08521

- bereinigt um die folgenden gemäß der Honorarvereinbarung außerhalb der MGV vereinbarten Leistungen:

- Excisionen beim Hautkrebsscreening [GOP 10343, 10344 soweit diese im Zusammenhang mit den GOP 01745, 01746 erbracht wurden],

- schmerztherapeutische Leistungen gem. Ziffer 4.12

- Balneophototherapie gemäß Bereinigungsregelung für Ziffer 4.25 in Ziffer 3.1.3.

1.1. Leistungen ohne Leistungssegment
1.2. Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall
inkl. Anpassungsfaktor 1,1018
1.3. Laborärztliche Grundpauschale inkl.
Anpassungsfaktor 0,6407
1.4. Akupunktur inkl. Anpassungsfaktor 1,1733
1.5 Polysomnographie inkl. Anpassungsfaktor 1,2063
1.6. MRT-Angiographie inkl. Anpassungsfaktor 1,1706
1.7. Antrags-und genehmigungspflichtige Leistungen der
Psychotherapie inkl. Anpassungsfaktor 1,2944

Summe MGV Leistungsbedarf in Punkten

2. Anwendung HVV-Quote Hamburg 0,8826: **Ergebnis 1. x 0,8826**

3. Multiplikation Nr. 2 mit Veränderungsrate 2008/2009: **Ergebnis 2. x 1,0510**
(Beschluss Teil B Ziffer 1.6 EBA 2.9.09)

4. Multiplikation Nr. 3 mit Veränderungsrate 2009/2010: **Ergebnis 3. x 1,016616**
(Beschluss Teil B Ziff. 2.3.3 EBA 2.9.09)

5. Multiplikation Nr. 4 mit Steigerungsrate 2009/2010 **Ergebnis 4. x 1,003357**
(Beschluss Teil B Ziff. 3.3 EBA 2.9.09)

5.1 Multiplikation Nr. 5 mit der Steigerungsrate 2011: **Ergebnis 5. x 1,0125**

5.2. Multiplikation Nr. 5.1 mit der Steigerungsrate 2012: **Ergebnis 5.1. x 1,0125**

6. Versichertenzahl des Ausgangszeitraumes lt. Satzart ANZVER87c4

7. Leistungsbedarf je Versicherten: **Ergebnis 5.2/ 6.**

8. tatsächliche Versichertenzahl des Vertragszeitraumes laut
Satzart ANZVER87c4 (z. B. I/2012 für I/2012)

9. morbiditätsbedingter Leistungsbedarf in Punkten: **Ergebnis 7. x 8.**

9.1. Ab II. Quartal 2012 Abzug von 1,82 Punkten geteilt durch 4 (0,455 Punkte je Quartal) je GKV-Versicherten auf Grund Ziffer 4.26 (MRSA)

10. vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
bewertet zum OPW 3,5048 Cent: **Ergebnis 9. x 0,035048 EUR**

11. Erhöhung um den quartalsbezogenen Stützungsbetrag
für Leistungen nach der GOP 01410, 01413 und 01415
entsprechend Ziffer 3.3 Absatz 1

12. Minderung um den quartalsbezogenen Bereinigungsbetrag
für die Sachkosten der Strahlentherapie entsprechend
Ziffer 3.3 Absatz 2

13. Minderung um den quartalsbezogenen Bereinigungsbetrag
für die ärztlichen Betreuungsleistungen der Dialyse entsprechend (Ziffer 4.13) entsprechend
Ziffer 3.3. Absatz 3

Der Leistungsbedarf der Ziffern 1.2 - 1.8 stellt den Leistungsbedarf nach der Anpassung mit dem jeweils genannten Anpassungsfaktor dar.

Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2012

Die Partner dieser Vereinbarung sind sich darüber einig, dass andere zwischen ihnen geschlossene Verträge durch den Abschluss dieser Vereinbarung unberührt bleiben.

Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung der Wegepauschalen vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr. 6 dieser Vereinbarung, ohne dass es diesbezüglich einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf. Die Partner dieser Vereinbarung werden prüfen, welche Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch eine Aufnahme der Wegepauschalen in den EBM notwendig wird, soweit nicht der Bewertungsausschuss entsprechende Regelungen verabschiedet.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass für die Quartale 1/2012 bis 3/2012 das Abstimmungsverfahren gemäß Ziffer 3.7. auch dann vorzunehmen ist, wenn die maßgeblichen Fristen nicht eingehalten werden können.

LANDESSCHIEDSAMT FÜR DIE VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG HAMBURG

Schiedsspruch

Im Schiedsamtsverfahren zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg)**, vertreten durch den Vorstand, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

-Antragstellerin-

Verfahrensbevollmächtigter:
Rechtsanwalt Dr. Ulrich Steffen, Kanzlei für Medizinrecht STEFFEN, Neuer Wall 36, 20354 Hamburg

und

1. der **AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse**, vertreten durch den Vorstand, Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf,
2. den **BKK-Landesverband NORDWEST**, vertreten durch den Vorstand, Hauptverwaltung Essen, Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen,
3. der **IKK classic**, vertreten durch den Vorstand, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden,
4. der **Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (Knappschaft)**, vertreten durch den Vorstand, Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum,
5. den Ersatzkassen in Hamburg
   - **BARMER GEK**
   - **Techniker Krankenkasse (TK)**
   - **DAK – Gesundheit**
   - **Kaufmännische Krankenkasse – KKH**
   - **HEK – Hanseatische Krankenkasse**
   - **hkk**

   gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis: **Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)**, Askanischer Platz 1, 10963 Berlin, vertreten durch den Vorstand, dieser

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg, Spaldingstraße 213, 20097 Hamburg

6. der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK), vertreten durch den Geschäftsführer, Weißensteinstraße 70-72, 34131 Kassel

-Antragsgegner-

Verfahrensbevollmächtigter:
Gleiss Lutz Rechtsanwälte, Dr. Reimar Buchner, Friedrichstraße 71, 10117 Berlin

über

Honorarvereinbarung für das Jahr 2013

hat das Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung in Hamburg in der Besetzung:

Vorsitzender	Herr Dirk Dau
unparteiische Mitglieder	Frau Elke Holz Herr Thomas Voeste
Vertreter der Ärzte	Herr Walter Plassmann Herr Dieter Bollmann Herr Dr. Michael Späth Herr Dr. Eckhard von Bock
Vertreter der Krankenkassen/ Krankenkassenverbände	Herr Matthias Mohrmann Herr Ralf Baade Frau Petra Heise Herr Jürn Reichenberg

aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 15.08.2013 entschieden:

1) Die Honorarvereinbarung 2013 wird mit dem Wortlaut der Anlage zur Sitzungsniederschrift vom 15.08.2013 festgestellt.

2) Alle davon abweichenden weiteren Anträge werden zurückgewiesen.

Anlage zur Niederschrift vom 15.08.2013

Honorarvereinbarung 2013

Zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)
und
der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,
dem BKK-Landesverband NORDWEST,
der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG),
der IKK classic,
der Knappschaft,
den nachfolgend benannten Ersatzkassen in Hamburg

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird folgende

Honorarvereinbarung 2013

festgesetzt:

Diese gemeinsame und einheitliche festgesetzte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2013" Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge festgesetzt.

Präambel

Diese vom Landesschiedsamt festgesetzte Vereinbarung basiert auf den Beschlüssen des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses, im Folgenden (E)BA genannt. Vorgaben und/oder Empfehlungen gemäß der Beschlüsse des (E)BA finden Anwendung, soweit nicht im Folgenden Abweichendes vereinbart ist.

1. Ambulante ärztliche Leistungen werden, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, nach der regionalen EUR-Gebührenordnung gemäß § 87a Absatz 2 Satz 5 SGB V vergütet. Dies gilt auch für ambulante ärztliche Leistungen von Krankenhäusern in Notfällen mit der Maßgabe, dass diese mit 90 % nach der gemäß § 87a Absatz 2 Satz 5 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen regionalen EUR-Gebührenordnung vergütet werden.

2. Der Punktwert zur Berechnung der regionalen EUR-Gebührenordnung (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) beträgt für die Zeit vom 01.01.2013 bis zum 30.09.2013 3,6099 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von ~~0,063 %~~ erhöhten bundeseinheitlichen ~~Punktwert~~ Orientierungspunktwert ~~von 3,5363 Cent als Orientierungswert~~. 0,0736 Cent

Für die Zeit ab 01.10.2013 bis zum 31.12.2013 beträgt der Punktwert zur Berechnung der regionalen EUR-Gebührenordnung (Anlage 2 zu dieser Vereinbarung) 10,2083 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von ~~2,088 %~~ erhöhten bundeseinheitlichen ~~Punktwert~~ Orientierungspunktwert von 10 Cent ~~als Orientierungswert~~ (BA-Beschluss, 304. Sitzung am 19.04.2013, Ziffer I). 0,2083 Cent

2.1. Verspätet eingereichte Behandlungsausweise werden dem Quartal des Zeitpunktes der Einreichung zugerechnet, mit den Behandlungsausweisen des Abrechnungsquartals zusammengeführt und nach den Bestimmungen des Verteilungsmaßstabes vergütet, die zum Zeitpunkt der Einreichung gelten. Dies gilt nicht, soweit hinsichtlich der abgerechneten Leistungen zwischenzeitlich Änderungen des EBM bzw. der Vergütungsstruktur und -höhe erfolgt sind. Insoweit erfolgt die Vergütung zu den Bedingungen des Abrechnungsquartals der Leistungserbringung. Den Krankenkassen dürfen durch die Zurechnung verspätet eingereichter Behandlungsausweise gegenüber dem Quartal der Erbringung der Leistung keinerlei zusätzliche finanzielle Belastungen entstehen.

3. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des nach Maßgabe der nachstehenden Ziffern 3.1. bis 3.8. sowie den Vorgaben und Empfehlungen des BA-Beschlusses (288. Sitzung am 22.10.2012) ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals und dem Punktwert nach Nr. 2 (Berechnungsschema gemäß Anlage 3). Die Berechnung erfolgt für jedes Quartal des Jahres 2013 getrennt.

3.1. Ausgangspunkt für die Berechnung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs ist die Feststellung des insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV Hamburg für

das Vorjahresquartal vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß Ziffer 2.2.1 des 288. Beschlusses des BA. Dabei werden die gemäß Ziffer 3.3. Abs. 1 der Honorarvereinbarung 2012 gezahlten einmaligen Stützungsbeträge nicht berücksichtigt.

Im 4. Quartal 2013 wird der für das Vorjahresquartal vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf zur Umsetzung des 304. BA-Beschluss (Ziffer IV) mit dem Faktor 0,35363 multipliziert.

~~3.2. Für den Umgang mit Abweichungen in den Datenlieferungen nach Satzart KASSRG§7aMGV_SUM zwischen den Datenmeldungen der Kassen einerseits und der KV Hamburg anderseits gilt folgendes Verfahren:~~

1. ~~Die Kassenverbände bzw. die Ersatzkassen (kassenartenspezifische Gesamtvertragspartner) verständigen sich zunächst jeweils bilateral mit der KV Hamburg anhand der kassenspezifisch in der Satzart KASSRG§7aMGV_IK ausgewiesenen Behandlungsbedarfe auf einen jeweils geeinten Betrag. Die Abstimmung muss spätestens bis zum Ende des 3. Monats nach Ablauf des Quartals erfolgt sein, für das der Aufsatzwert bestimmt werden soll (d. h. z. B. bis zum 30.06.2013 für die Bestimmung des Aufsatzwerts für das 1. Quartal 2013).~~
2. ~~Nach bilateraler Abstimmung mit den einzelnen Verbänden/Ersatzkassen fasst die KV Hamburg die geeinten Werte zusammen und teilt den GKV-weiten Wert sowie die kassenspezifischen Einzelwerte den Gesamtvertragspartnern binnen 14 Tagen mit.~~
3. ~~Die Kassen/Verbände prüfen den mitgeteilten Wert. Erfolgt binnen 14 Tagen nach Zugang der Mitteilung kein Widerspruch gegenüber der KV Hamburg, gilt der mitgeteilte Wert als der insgesamt für das Vorjahresquartal vereinbarte Behandlungsbedarf gemäß Ziffer 3.1.~~
4. ~~Gelingt mit einzelnen Kassen/Verbänden die Klärung nicht innerhalb der Frist nach Nr. 1 oder widersprechen die Kassen/Verbände dem mitgeteilten Wert nach Nr. 3, gilt bis zur endgültigen Klärung vorläufig der zwischen beiden Seiten der Höhe nach unstrittige Wert. Nach rechtskräftiger Bestimmung des abschließenden Werts durch das Landessozialgericht erfolgt eine nachträgliche Korrektur des vorläufigen Wertes.~~

3.2. Zur Berücksichtigung der im Vergleich mit den Vorjahresquartalen geänderten Abgrenzung morbiditätsbedingter von extrabudgetärer Gesamtvergütung ist der nach Ziffer 3.1. festgestellte Behandlungsbedarf gemäß den Vorgaben des BA-Beschlusses (288. Sitzung am 22.10.2012, Teil A, Ziffer 2.2.1) anzupassen; ~~dabei wird die Absteffelungsquote gemäß Ziffer 2.2.1. Nr. 1 dieses Beschlusses ermittelt.~~ für 2013

Von dem nach Ziffer 3.1. festgestellten Behandlungsbedarf sind danach die Brutto-Punktmengen folgender Leistungsbereiche abzuziehen. Im 4. Quartal 2013 werden die Brutto-Punktmengen zur Umsetzung des 304. BA-Beschluss (Ziffer IV) mit dem Faktor 0,35363 multipliziert.

1. Ab 01.07.2013: Leistungen gemäß Ziffer 4.13~~2~~ Abs. 2 („Nephrologie und Dialyse"), soweit die Leistungen im Vorjahresquartal Bestandteil der MGV waren-. Abweichend von Ziffer 2.2.1 des BA-Beschlusses (288. Sitzung am 22.10.2012, Teil A) wird nach

3

Ziffer 1 des BA-Beschlusses (302. Sitzung am 19.03.2013) als Aufsatzzeitraum nicht das Vorjahresquartal, sondern das entsprechende Quartal des Jahres 2011 zugrunde gelegt.

2. Leistungen gemäß Ziffer 4.26 („Psychotherapie")
3. Leistungen gemäß Ziffer 4.27 („Haus- und Heimbesuche")
4. ~~Ab 01.07.2013: Leistungen nach Ziffer 4.28~~
4. Leistungen gemäß Ziffer 4.29 („Onkologische Transfusionsleistungen")
5. Im 1. Quartal 2013 wird der Behandlungsbedarf in Umsetzung der Vorgaben des Bewertungsausschusses sowie der entsprechenden Regelung der Honorarvereinbarung 2012 zusätzlich basiswirksam um den Betrag reduziert, der sich aus dem Produkt aus 0,455 Punkten je Versicherten und der Versichertenzahl des 1. Quartals 2013 aller Kassen ergibt (Bereinigung MRSA).

3.~~3~~. Der gemäß Ziffer 3.1. festgestellte und gemäß Ziffer 3.3. angepasste Behandlungsbedarf wird gemäß Ziffer 2.2.2 des BA-Beschlusses (288. Sitzung am 22.10.2012, Teil A) auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt. Dabei wird sichergestellt, dass die dort in Bezug genommenen ARZTRG87aKA-Daten des Vorjahresquartals entsprechend der geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Abrechnungsquartal angepasst werden.

3.~~4~~. Der so auf die Kassen aufgeteilte Behandlungsbedarf ist anschließend gemäß Ziffer 2.2.3 des BA-Beschlusses (288. Sitzung am 22.10.2012, Teil A) zur Berücksichtigung der Änderungen in der Versichertenzahl einschließlich der damit einhergehenden Anpassung aufgrund der Bereinigungsmenge je Versicherten anzupassen. Die Berücksichtigung der in der Datenlieferung ANZVER87a4 bzw. ANZVER87a ausgewiesenen Personengruppen erfolgt dabei analog zu den Vorjahren. Anderslautende bilaterale Absprachen der Krankenkasse mit der KV Hamburg bleiben unberührt.

3.~~5~~. Der so kassenspezifisch ermittelte Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal ist wie folgt fortzuentwickeln:

1. Berücksichtigung der Morbiditätsveränderung gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V. Dabei erfolgt die Gewichtung der gemäß BA-Beschluss berechneten Veränderungsraten zu einem Drittel anhand der Demografie und zu zwei Dritteln anhand der Diagnosen. Der Aufsatzwert wird damit um 1,0682 % erhöht.
2. Berücksichtigung der zusätzlichen MGV-Steigerung von bundesweit 250 Mio. EUR (davon 5.272.828,14 EUR für den KV-Bereich Hamburg): Die Berechnung der kassenspezifischen prozentualen Anpassung erfolgt gemäß Ziffer 2.2.4 Abs. 2 des BA-Beschlusses (288. Sitzung am 22.10.2012, Teil A).

3.~~6~~. Ab dem 01. Juli 2013 wird der kassenspezifische Behandlungsbedarf zusätzlich um den gemäß Ziffer 2 Abs. 3 des BA-Beschlusses (302. Sitzung am 19.03.2013) auf die jeweilige Kasse entfallenden Anteil an 421.932,00 EUR zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung erhöht.

3.~~7~~. Für Neueinschreiber in bzw. Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen erfolgt eine Differenzbereinigung gemäß Ziffer 3 des BA-Beschlusses (288. Sitzung am 22.10.2012, Teil A). ~~Gegebenenfalls sind die~~ Regelungen gesonderter Bereinigungsvereinbarungen zwischen der Krankenkasse und der KV Hamburg zu berücksichtigen. Ab dem 01.10.2013 ist dabei der Beschluss des BA (304. Sitzung) zu berücksichtigen („Währungsreform").

~~3.8. Im 1. Quartal 2013 wird der so ermittelte kassenspezifische Behandlungsbedarf in Umsetzung der Vorgaben des Bewertungsausschusses sowie der entsprechenden Regelung der Honorarvereinbarung 2012 zusätzlich beziehungsweise um den Betrag reduziert, der sich aus dem Produkt aus 0,455 Punkten je Versicherten und der Versichertenzahl des 1. Quartals 2013 der Kasse ergibt (Bereinigung MRSA).~~

~~3.9. Ab dem 01. Juli 2013 wird der kassenspezifische Behandlungsbedarf zusätzlich um den gemäß Ziffer 2 Abs. 3 des BA-Beschlusses (302. Sitzung am 19.02.2013) auf die jeweilige Kasse entfallenden Anteil an 431.932,00 EUR zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung erhöht.~~

3.~~8~~10. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4 dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht kann ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V unter zwingender Beachtung der Empfehlungen des BA-Beschlusses § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 (288. Sitzung am 22.10.2012) begründet werden. Insbesondere kann keine Nachschusspflicht aus Regelungen zur Honorarverteilung resultieren.

3.~~9~~11. Für den Fall von Kassenfusionen vereinbaren die Vertragspartner, dass soweit zwischen den jeweiligen Gesamtvertragspartnern nicht etwas anderes vereinbart ist, der kassenspezifische Anteil gemäß Ziffer 3.~~4~~5 der Summe der Anteile der fusionierten Krankenkassen entspricht.

3.~~10~~12. Der Beschluss des BA in seiner 288. Sitzung (Ziffer 3 – Bereinigungsbeschluss) wird – soweit noch nicht erfolgt – umgesetzt. Eine ggf. notwendige Verfahrensregelung wird zwischen den Vertragsparteien getroffen.

Vorgaben des BA nach § 87a Absatz 5 Satz 7 SGB V im Zusammenhang mit § 116b Absatz 6 Satz 13 bis 15 SGB V werden umgesetzt. Die hierfür notwendigen Regelungen werden zeitnah nach Inkrafttreten eines entsprechenden Beschlusses zwischen den Vertragspartnern getroffen.

4. Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden folgende Leistungen des EBM von den Krankenkassen vergütet:

4.1. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe),

4.2 Leistungen des Kapitels 31 sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,

4.32. Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

4.43. Früherkennungsuntersuchungen nach der GOP 01723 (U 7 a),

4.54. Leistungen des Hautkrebsscreenings nach der GOP 01745, 01746,

4.65. Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

4.76. Leistungen der Strahlentherapie nach Kapitel 25 (GOP 25210 bis 25342) sowie Kostenpauschalen der Strahlentherapie nach Kapitel 40.15 (GOP 40840, 40841),

4.87. Phototherapeutische Keratektomien nach der GOP 31362, 31734, 31735 und 40680,

4.98. Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:

01510 X, 01511 X, 01512 X, 02100 X, 02341 X, 05310 X, 05330 X, 05340 X, 05341 X, 05350 X, 08510 X, 08530 X, 08531 X, 08540 X bis 08542 X, 08550 bis 08552 X, 08560 X, 08561 X, 08570 X bis 08574 X, 11311 X, 11312 X, 11320 X bis 11322 X, 11330 X bis 11334 X, 11351 X, 11352X, 11354 X, 11360 X, 11361 X, 11370 X bis 11372 X, 11380 X, 11390 X, 11391 X, 11395 X, 11396 X, 11400 X, 11401 X, 11403 X, 11404 X, 11410 X bis 11412 X, 11420 X bis 11422 X, 11430 X bis 11434 X, 11440 X bis 11443 X, 31272 X, 31503 X, 31600 X, 31608 X, 31609 X, 31822 X, 33043 X, 33044 X, 33090 X, 36272 X, 36503 X, 36822 X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den GOP 32354 X, 32356 X, 32357 X, 32575 X, 32576 X, 32660 X, 32781 X, 32614 X und 32618 X.

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,

4.109. Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den GOP 01950 bis 01952,

4.110. Excisionen beim Hautkrebsscreening nach den GOP 10343 und 10344,

4.124. Leistungen der Schmerztherapie nach Abschnitt 30.7.1. gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V,

6

4.132. Bis zum 30.06.2013: ärztliche Betreuungsleistungen bei Dialyse gemäß GOP 13602, 13610, 13611, 13612, 13620 und 13621 einschließlich der Sachkosten nach den GOP 40800 bis 40822 (des EBM in der bis zum 30.06.2013 geltenden Fassung).

Ab 01.07.2013: Leistungen der Abschnitte 4.5.4. EBM (pädiatrische Nephrologie und Dialyse) und 13.3.6. EBM (Nephrologie und Dialyse) sowie die pädiatrischen Versichertenpauschalen 04110, 04111, 04112, 04120, 04121 und 04122, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4. EBM abgerechnet werden; einschließlich der Sachkosten nach den GOP 40820 bis 40838 ~~(des EBM in der ab 01.07.2013 geltenden Fassung)~~.

4.143. Kostenpauschalen nach den GOP 40870 und 40872 für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen.

4.154. Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nach der GOP 13622 einschließlich der Sachkosten,

4.165. Kostenpauschalen nach den GOP 01425 und 01426 zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). ~~Die Rechnungslegung der Gebührenordnungspositionen 01425 und 01426 erfolgt im Formblatt 3, Kostenart 490, Ebene 6.~~

4.176. Spezialisierte Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922 und 30924,

4.187. Leistungen nach den GOP 30930 bis 30935 (neuropsychologische Therapie),

4.198. Leistungen nach den GOP 32821 und 32822 (genotypische Untersuchungen auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus),

4.2049. Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882,

~~4.20. Leistungen nach den GOP 13421 bis 13431, 04514, 04515, 04516 und 04520 des EBM,~~

4.21. Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger nach den GOP 01955 und 01956 des Abschnittes 1.8 im EBM,

4.22. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Neugeborenen-Hörscreening) nach den GOP 01704, 01705 und 01706 des Abschnittes 1.7.1 im EBM,

4.23. Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung nach der GOP 01833 des Abschnittes 1.7.5 im EBM,

4.24. Leistungen und Kosten im Rahmen der Balneophototherapie nach der GOP 10350 des Abschnittes 10.3 des EBM,

7

4.25. Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach den GOP 86770, 86772, 86774, 86776, 86778, 86780, 86781, 86782, 86784,

4.26. Leistungen des Kapitels 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150) der in § 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen, (Psychotherapie)

4.27. Leistungen nach den GOP 01410, 01413, 01415 (Haus- und Heimbesuche),

4.28. Ab 01.07.2013: Leistungen nach den GOP 01776, 01777 und 01812 EBM (Screening auf Gestationsdiabetes),

4.29 Von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie erbrachte Hämato-/Onkologischen Zusatzpauschalen (GOP 13500 bis 13502), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie ausschließlich die hiermit im Zusammenhang erbrachten tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512) sowie
die von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) verfügen, erbrachten Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 26345), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie ausschließlich die hiermit im Zusammenhang erbrachten tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512) sowie
die von Fachärzten für Urologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) verfügen, erbrachten Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 26315), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie ausschließlich die hiermit im Zusammenhang erbrachten tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510,001511,01512).

Die genannten Leistungen werden zur Abgrenzung gegenüber den von anderen Arztgruppen erbrachten Leistungen, die innerhalb der MGV verbleiben, ~~mit einem H~~ gekennzeichnet. Es werden ausschließlich diejenigen tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512) außerbudgetär vergütet, die von den genannten Arztgruppen im Zusammenhang mit Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) erbracht werden. Die Betreuungsleistungen gelten dann als im Zusammenhang mit den Transfusionsleistungen erbracht, wenn die jeweiligen GOP ~~vom gleichen Arzt~~ für den gleichen Patienten am gleichen Tag abgerechnet werden. von der gleichen Praxis

Hand. Maßgabe der KV besonders

X

5. unbesetztFür die Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.2 und 1.7.4 des EBM exklusive der Leistungen nach den Ziffern 4.4, 4.5 und 4.22 dieses Vertrags wird für die Zeit vom 01.01.2013 bis zum 30.09.2013 ein Zuschlag in Höhe von ~~0,2180~~ Cent auf den regionalen Punktwert nach Nr. 2 gezahlt. Für die Zeit vom 01.10.2013 bis zum 31.12.2013 beträgt der Zuschlag auf diese Leistungen ~~0,6193~~ Cent.

~~0,2183~~

~~0,6173~~

8

6. Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

6.1. Für jeden Besuch nach den GOP 01410, 01411, 01412 und 01721, für jede erste Visite am Behandlungstag in einer der in GOP 01414 oder 01415 genannten Einrichtungen sowie einmal zu Leistungen nach GOP 05230 eine Wegepauschale nach Wegebereichen und Besuchszeiten in folgender Höhe:

a) Pauschale für Besuche nach GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

   3,36 EUR (Abrechnungsnummer: 97234);

b) Pauschale für Besuche nach GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

   6,82 EUR (Abrechnungsnummer: 97235);

c) Pauschale für Besuche nach GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

   9,55 EUR (Abrechnungsnummer: 97236);

d) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

   6,82 EUR (Abrechnungsnummer: 97237);

e) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

   10,29 EUR (Abrechnungsnummer: 97238);

f) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

   13,86 EUR (Abrechnungsnummer: 97239);

g) Pauschale für einen Besuch nach GOP 01410 oder 01414 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

   11,24 EUR (Abrechnungsnummer: 97160);

h) Pauschale für einen Besuch nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 ein einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

15,54 EUR (Abrechnungsnummer: 97161).

6.2. Die Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet. Die KVH stellt jedem Vertragsarzt hierfür eine Karte im Maßstab 1 : 50.000 zur Verfügung, auf der sowohl der Praxissitz als auch die Grenzen für den Rand und den Fernbereich eingezeichnet sind.

6.3. Die Wegepauschalen sind je Besuch bzw. Visite unabhängig davon berechnungsfähig, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung der jeweiligen Wegepauschale nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines der drei Wegebereiche.

6.4. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale der KVH mit einem Fahrdienst ausgeführt, so werden die Beträge für Wegeentschädigungen nicht an den Arzt abgeführt, sondern als Kosten des Notfalldienstes einbehalten. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale nicht mit einem Fahrdienst, sondern im eigenen Wagen des Arztes ausgeführt, so erhält der Arzt in einem generell im Notfalldienst mit Fahrdienst befahrenen Bezirk den von den Kostenträgern zu zahlenden Pauschalbetrag. Dies gilt nicht für Leistungen, die von Vertragsärzten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten sowie bei gegenseitiger Vertretung erbracht werden.

6.5. Für die Berechnung der Wegepauschale ist es unerheblich ~~unerheblich~~, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist.

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

7. Innerhalb der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Krankenkassen wird die stationäre vertragsärztliche Tätigkeit mit Ausnahme der Nr. 4.1. dieses Vertrages wie folgt vergütet:

7.1. Dem anerkannten Belegarzt werden die Visiten im Krankenhaus je Patient nach der GOP 01414 vergütet. Beim jeweils ersten Aufsuchen der Belegklinik am Behandlungstag wird zusätzlich für den ersten visitierten Patienten die entsprechende Wegepauschale nach Nr. 6. vergütet. Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung von Besuchen ausgeschlossen.

7.2. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

7.3. Ferner gelten für die Vergütung des Belegarztes folgende Besonderheiten:

a) Leistungen, für die in der regionalen EUR-Gebührenordnung bei belegärztlicher Leistungserbringung ein Abschlag vorgesehen ist, werden entsprechend bewertet.

b) Leistungen der Kapitel 33 und 34 der regionalen EUR-Gebührenordnung werden mit 60 % der Sätze der Gebührenordnung bewertet; können diese Leistungen im Belegkrankenhaus nicht erbracht werden, werden sie mit den Sätzen der Gebührenordnung bewertet.

c) Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen des Kapitels 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung, die mit mindestens 6,00 EUR bewertet sind, werden mit den Sätzen der regionalen EUR-Gebührenordnung bewertet. Die Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen aus dem Kapitel 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in § 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 28 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

d) Alle übrigen Leistungen, die in der regionalen EUR-Gebührenordnung mit mehr als 6,00 EUR bewertet oder als Zuschlag beschrieben sind, werden mit dem vollen Satz der regionalen EUR-Gebührenordnung bewertet.

e) Leistungen, die in der regionalen EUR-Gebührenordnung mit weniger als 6,00 EUR bewertet sind, werden nicht vergütet.

7.4. Die reduzierten Vergütungssätze nach Nr. 7.3. gelten unabhängig davon, ob die Geräte dem Krankenhaus oder dem Belegarzt gehören.

7.5. Vom Belegarzt konsiliarisch oder mitbehandelnd hinzugezogene Vertragsärzte, die nicht selbst Belegärzte in demselben Belegkrankenhaus sind, rechnen ihre Leistungen nach den Bedingungen für die ambulant-kurative Versorgung ab.

Für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses zur Durchführung von Anästhesieleistungen wird dem Facharzt für Anästhesiologie für jeden Kranken einmal am Behandlungstag die GOP 05230 vergütet.

7.6. Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Punkte 7.1. bis 7.4. vergütet.

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.

a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitschaftsdienstuhabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung (en) rechtzeitig tätig zu werden.

Die Krankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.

Der Belegarzt hat – ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers – gegenüber der KVH nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind.

b) Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.

Dies gilt auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Krankenkassen ein Betrag von 3,07 EUR pro Patient und Pflegetag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflegetage.

7.8. Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung des Bereitschaftsdienstes vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr. 7.7. dieser Anlage, ohne dass es einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf.

8. Rechnungslegung

8.1 Die KVH stellt eine Rechnungslegung entsprechend der Regelungen dieses Vertrages sicher. In die Rechnung fließen die kassenindividuelle morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (höchstzulässige Obergrenze). Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß dieser Honorarvereinbarung und gesonderten vertraglichen Regelungen sowie durchlaufende Posten ein.

~~8.2. Sachkosten werden im Formblatt 3 des jeweiligen Sachkontos in der Hauptleistung bis zur 6. Ebene unter Kontenart 400 (Ärztliche Behandlung), Kapitel 67 (Zusatzleistungen), Abschnitt 1 (Kosten gemäß Allgemeinen Bestimmungen nach 7.9.) ausgewiesen. Auf Anforderung der Krankenkasse stellt die KV Hamburg dieser eine Rechnungskopie zur Verfügung, aus der die AR des Medizinprodukts, ggf. Vorleistung die Kosten hervorgehen.~~

9. Honorar Rückforderungen betreffend Leistungen außerhalb der MGV aus nachträglichen sachlich-rechnerischen Berichtigungen sowie Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind von der KVH

an die Krankenkasse zurückzuzahlen. Die KV Hamburg teilt den Vertragspartnern die sich aus entsprechenden rechtskräftig abgeschlossenen Verfahren ergebenden Beträge mit.

~~10. Honorarabschläge nach § 95d Absatz 3 Satz 4 SGB V für Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, fließen entsprechend ihrem Anteil an der Punktemenge des jeweiligen Arztes an die jeweilige Krankenkasse zurück. Der Ausweis dieser Rückflüsse im Formblatt 3 erfolgt im Konto 400, Vorgang 052.~~

10. Honorarkürzungen, die die KVH wegen fehlenden Nachweises der fachlichen Fortbildung nach § 95d Abs. 3 SGB V vornimmt, sind anteilig für den Teil, der die Leistungen außerhalb der MGV betrifft, an die Krankenkassen zurückzuzahlen. Basis für die Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen ist der Anteil je Krankenkasse am Volumen der Leistungen außerhalb der MGV gemäß ~~KT-Viewer~~ Formblatt (bereichseigen) des die Kürzung betreffenden Quartals. Die Rückzahlung erfolgt jeweils in dem Quartal, das auf das die Kürzung betreffende Quartal folgt. Der Ausweis erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 400, Vorgang 141.

11. Die Anrechnung von Kostenerstattungen nach § 13 Absatz 2 und § 53 Absatz 4 SGB V auf die MGV erfolgt nach Maßgabe gesonderter vertraglicher Regelungen.

12. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages und seiner Anlagen.

Honorarvereinbarung 2013 vom xx.xx.2013

Anlage 1

zur Honorarvereinbarung 2013

Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg für die Zeit vom 01.01.2013 bis zum 30.09.2013

wird noch ausgeführt

14

Anlage 2

zur Honorarvereinbarung 2013

Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg für die Zeit vom 01.10.2013 bis zum 31.12.2013

wird noch ausgeführt

Honorarvereinbarung 2013 vom xx.xx.2013

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2013

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß Beschluss des BA (288. Sitzung) und der honorarvertraglichen Regelung 2013 in Hamburg

1.	Vereinbarter bereinigter Leistungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im entsprechenden Quartal 2012 (Satzart: KASSRG87aMGV_SUM) nach Abstimmungsprozess gemäß Ziffer 3.2 Ab dem 01.10.2013: zusätzlich multipliziert mit 0,35363

Anpassung aufgrund geänderter MGV-Abgrenzung zum Vorjahresquartal

2.	- HV 2012, Ziffer 3.3 Abs. 1 (Abzug der nicht basiswirksamen Einmalbeträge Hausbesuche in Punkten; Umrechnung der festen Eurobeträge je Kasse mit dem OPW 2012) Ab dem 01.10.2013: zusätzlich multipliziert mit 0,35363
3.	- Brutto-Leistungsbedarf nach Ziffer 3.3 Nr. 1 bis 5 4 Ab dem 01.10.2013: zusätzlich multipliziert mit 0,35363
4.	= Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten (=1.-.2.-.3)

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

		a) GKV-weit	b) Einzelkasse
5.	Abgerechnete Leistungsmenge im entsprechenden Quartal 2012 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
~~6.~~	~~- Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach Anlage 4~~		
67.	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 3 genannten Leistungen im entsprechenden Quartal 2012 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
78.	– Leistungsmenge NVI im entsprechenden Quartal 2012 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aNVI_SUM bzw. _IK)		
89.	Anpassung um die Leistungsmenge NVI für		

16

	die in Nr. 3 genannten Leistungen im entsprechenden Quartal 2012 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aNVI_SUM bzw. _IK)		
~~9~~10.	= angepasste Leistungsmenge in Punkten ~~(6-7) – (8-9)~~ 5 – 6 – 7 + 8		
10~~11~~.	Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf in Prozent (=~~10~~9b / ~~10~~9e)		
11~~12~~.	Vorläufiger Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten (=4 * 10~~4~~)		
12.	– Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach Anlage 4		
13.	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten (= 11 – 12)		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

~~13~~14.	Anpassung Versichertenzahl: =~~12~~13 / (ANZVER87c4 bzw. ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2012) * (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2012)
~~14~~15.	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: =~~13~~14 + [(durchschn. Bereinigungsmenge je Vers. im entsprechenden Quartal 2012 gemäß 3.4.1, 288. RA) * (ANZVER87a im entsprechenden Quartal 2013 ./. ANZVER87a bzw. c4 im entsprechenden Quartal 2012)]
~~15~~16.	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate: =~~14~~15 * 1,010682
~~16~~17.	Ermittlung des Kassenspezifischen Anpassungsbetrags wg. Weiterentwicklung EBM: 5.272.828,14 / 0,036099 / 4 [ab dem 01.10.2013: 5.272.828,14 / 0,102083 / 4] * (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2013 der Einzelkasse) / (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2013 aller Kassen)
~~17~~18.	Berücksichtigung des Anpassungsbetrags wg. Weiterentwicklung EBM =~~15+16~~ 16 + 17
19.	Ermittlung des Betrags zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Ziffer 3.7: 421.932 / 0,036099 / 4 [ab dem 01.10.2013: 421.932 / 0,102083 / 4] * (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2013 der Einzelkasse) / (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2013 aller Kassen)
20.	Berücksichtigung des Anpassungsbetrags zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung:

17

	= 18 + 19
21.~~18.~~	**Berücksichtigung der Differenzbereinigung gemäß Ziffer 3.8** der Honorarvereinbarung ~~298. BA~~ Ab 01.10.2013 unter Berücksichtigung des 304. BA-Beschlusses
22.~~19.~~	**Multiplikation mit dem regionalen Punktwert:** = ~~(17 + 18)~~ (20 + 21) * 0,030099 [ab dem 01.10.2013: (20 + 21) * 0,102083] = Kassenspezifische MGV in Euro

18

Honorarvereinbarung 2013 vom xx.xx.2013

Anlage 4

zur Honorarvereinbarung 2013

Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106a SGB V

~~Entsprechend der vom Bewertungsausschuss am 22. Oktober 2012 in seiner 288. Sitzung unter Ziffer 2.2.2 vorgesehenen Regelung verständigen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen über die Berücksichtigung der Ergebnisse aus den Prüfungen nach § 106a SGB V innerhalb der MGV ergebenden Korrekturen wie folgt:~~

~~Sind Falschabrechnungen von Leistungen innerhalb der MGV des vorangegangenen Honorarjahres aufgrund Rechnungsprüfung nach § 106a SGB V einvernehmlich oder durch rechtskräftiges Urteil festgestellt, so ist die Leistungsmenge des entsprechenden Quartals (Schritt 1) in der Anlage 3 zu dieser HV) um die falsch abgerechnete Leistungsmenge zu kürzen.~~ /12

Entsprechend der vom Bewertungsausschuss am 22. Oktober 2012 in seiner 288. Sitzung unter Ziffer 2.2.2 vorgesehenen Regelung verständigen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen über die Berücksichtigung der Ergebnisse aus den Prüfungen nach § 106 a SGB V innerhalb der MGV ergebenden Korrekturen.

Die Berücksichtigung der Korrekturen erfolgt nach folgendem Verfahren.

~~(a) Sofern einvernehmlich festgestellte oder durch rechtskräftiges Urteil bestätigte Falschabrechnungen aus vorangegangenen Honorarjahren vorliegen und hierfür noch keine Rückzahlung erfolgt ist, hat die Kassenärztliche Vereinigung die zu Unrecht gezahlten Vergütungen im laufenden aktuellen Honorarjahr an die Krankenkasse zurückzuzahlen.~~

~~(b)~~ Sofern einvernehmlich festgestellte oder durch rechtskräftiges Urteil bestätigte Falschabrechnungen aus dem vorangegangenen Honorarjahr vorliegen, sind ~~zusätzlich zu Buchstabe a)~~ die nach den Regelungen der vom Bewertungsausschuss in seiner 288. Sitzung unter Ziffer 2.2.2 ermittelten kassenspezifischen Aufsatzwerte um die im Rahmen der Rechnungsprüfung nach § 106a SGB V festgestellten Leistungsmengen zu kürzen. Das Kürzungsverfahren ist so auszugestalten, dass Absetzungen einer Kasse keine Auswirkungen auf die jeweiligen nach Ziffer 2.2.2 genannten Anteile und damit auf die Vergütungshöhe anderer Kassen haben. Der so ermittelte Wert bildet den tatsächlichen Aufsatzwert, der Basis für die Berechnung der zu zahlenden MGV der jeweiligen Kasse und Quartale des Jahres 2013 ist.

10

Für die Geltendmachung der Ansprüche gelten die gesetzlichen und in den regionalen Prüfvereinbarungen nach § 106 a SGB V vereinbarten Regelungen und Fristen.

20

Anlage 5

~~zur Honorarvereinbarung 2013~~

Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2013

Die Partner dieser Vereinbarung sind sich darüber einig, dass andere zwischen Ihnen geschlossene Verträge durch den Abschluss dieser Vereinbarung unberührt bleiben.

Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung der Wegepauschalen vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr. 6 dieser Vereinbarung, ohne dass es diesbezüglich einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf. Die Partner dieser Vereinbarung werden prüfen, welche Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch eine Aufnahme der Wegepauschalen in den EBM notwendig wird, soweit nicht der Bewertungsausschuss entsprechende Regelungen verabschiedet.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass für die Quartale 1/2013 bis 3/2013 das Abstimmungsverfahren gemäß Ziffer 3.2 auch dann vorzunehmen ist, wenn die maßgeblichen Fristen nicht eingehalten werden können.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der BA-Beschluss 304. Sitzung („Währungsreform") finanzneutral umzusetzen ist. Soweit erkennbar wird, dass neben den bereits im Vertrag vorgenommenen Anpassungen weitere Regelungen notwendig sind, um die Finanzneutralität zu gewährleisten, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über die notwendigen Anpassungen dieser Vereinbarung.

Zu Ziffer 3.3:
Leistungen gemäß Ziffer 4.13 (ab 1.7.2013 Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse) bzw. Ziffer 4.29 (Onkologische Transfusionsleistungen) werden nur unter der Voraussetzung bestimmter Abrechnungskonstellationen bzw. nur für bestimmte Arztgruppen außerhalb der MGV vergütet und sind entsprechend sowohl in den Daten des Aufsatzwertes (KASSRG87aMGV_Sum) als auch in den Daten der Behandlungsbedarfe der GKV/ Einzelkasse (ARZTRG87aKA_Sum bzw. IK) zu bereinigen.

Für die Ermittlung der Leistungsmengen, um die der Behandlungsbedarf für die vorgenannten Leistungen gemäß Ziffer 3.3 anzupassen ist, ist die Betrachtung der jeweiligen GOPs gemäß der Setzart ARZTRG87a nicht möglich. Stattdessen werden die Leistungsmengen für diese Leistungen anhand der Einzelfallnachweise gemäß § 295 SGB V für den Bereich KV-eigen der KV Hamburg ermittelt.

Vor diesem Hintergrund stimmen die Vertragspartner darin überein, dass zum Abgleich der Bereinigungssachverhalte Listen der Ärzte, die die Leistungen erbracht haben, durch die KV Hamburg erstellt werden und den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden.

21

Protokollnotiz

zur
Honorarvereinbarung 2013
in der Fassung der Entscheidung durch
das Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung
vom 15.08.2013

I.
Die Vertragspartner sind sich bewusst, dass die Entscheidung des Landesschiedsamts vom 15.08.2013 Gegenstand einer Klage vor dem Landessozialgericht Hamburg (AZ: L 1 KA 68/13 KL) ist. Die nachfolgenden Regelungen erfolgen unbeschadet der gerichtlichen Klärung der Rechtmäßigkeit der Festsetzungen durch das Landesschiedsamt allein im Interesse der vorläufigen praktischen Umsetzbarkeit der festgesetzten Vereinbarung.

II. Die Vertragspartner stimmen darüber hinaus darin überein, dass die Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106a SGB V bei der Festsetzung durch das Landesschiedsamt abweichend von der tatsächlichen Meinungsbildung im Schiedsamt erfolgt ist. Deshalb hat die KV Hamburg auch gegen diese Festsetzung Klage vor dem LSG Hamburg unter dem Aktenzeichen L 1 KA 69/13 KL eingereicht. Abweichend von der tatsächlichen Festsetzung durch das Landesschiedsamt in seiner Sitzung am 15.08.2013 setzen die Vertragspartner die folgende, der tatsächlichen Meinungsbildung im Landesschiedsamt entsprechende, Regelung zur Berücksichtigung der Prüfanträge nach § 106a SGB V um:

> Entsprechend der vom BA am 22.10.2012 in seiner 288. Sitzung unter Ziffer 2.2.2. vorgesehenen Regelung verständigen sich die KV Hamburg und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen über die Berücksichtigung der Ergebnisse aus den Prüfungen nach § 106a SGB V innerhalb der MGV ergebenden Korrekturen.
>
> Sind Falschabrechnungen von Leistungen innerhalb der MGV des vorangegangenen Honorarjahres aufgrund Rechnungsprüfung nach §106a SGB V einvernehmlich oder durch rechtskräftiges Urteil festgestellt worden, so wird die betreffende kassenspezifische Leistungsmenge eines Abrechnungsquartals um das aus dem gesamten, vorangegangenen Prüfzeitraum ermittelte gesamte Punktzahlvolumen gekürzt. Hierfür lebt der durch das Landesschiedsamt gestrichene Schritt 6 der Anlage 3 wieder auf. Schritt 12 der Anlage 3 wird gestrichen. Die Reduzierung der Leistungsmenge erfolgt spätestens im nächsten, auf die Einigung bzw. die Rechtskraft des Urteils folgenden Abrechnungsquartal. Eine rückwirkende Änderung der Datengrundlagen (ARZTRG- und KASSRG-Daten) zur Bestimmung der Aufsatzwerte findet nicht statt.
>
> Hierdurch wird gewährleistet, dass die Berücksichtigung die insgesamt über alle Kassen zu zahlende MGV nicht verändert.

Vor diesem aufgezeigten Hintergrund wird die KV Hamburg die Klage vor dem Landessozialgericht unter dem Aktenzeichen L 1 KA 69/13 KL zurücknehmen.

III. Die Vertragspartner stimmen des Weiteren darin überein, dass sofern die Abstimmung der Datengrundlagen für die sog. KASSRG87aMGV-Dateien nach Ziffer 2.2.1.1 des 288. BA (1.) sowie die Abstimmung sonstiger, insbesondere der Datengrundlagen für die sog. ARZTRG87a-Dateien nach Ziffer 2.2.2 des 288. BA (2.) vom Ausgang eines Rechtsstreits abhängig ist, wie folgt verfahren werden soll:

1. Feststellung des Behandlungsbedarfs (Ziffer 2.2.1.1 288. BA)

Besteht Streit über die Höhe des konkret für die jeweilige Krankenkassen anzusetzenden Wertes können die KV Hamburg und die kassenspezifischen Gesamtvertragspartner bilateral ungeachtet der zugrunde liegenden Rechtspositionen zur pragmatischen Umsetzung einen Wert für die jeweilige Krankenkasse mit Wirkung für und gegen alle kassenspezifischen Gesamtvertragspartner und alle Krankenkassen mit der Maßgabe festsetzen, dass das rechtliche Schicksal des Streits im Falle einer rechtskräftigen Entscheidung ausschließlich Wirkung ab dem nächst erreichbaren Quartal entfalten kann.

Das Recht, sich aus diesem Grunde auf eine Nicht-Einigung über die Datengrundlagen zu berufen, ist ausgeschlossen.

2. Abstimmung sonstiger Datengrundlagen, insbesondere die sog. ARZTRG87a-Dateien nach Ziffer 2.2.2 des 288. BA

Besteht Streit über sonstige Datengrundlagen und/oder die konkret festzusetzenden Werte zur Bestimmung der MGV 2014 zwischen der KV Hamburg und einer Krankenkasse mit Auswirkungen für und gegen alle anderen Krankenkassen, gilt das Vorgenannte (1.).

Das Recht, sich aus diesem Grunde auf eine Nicht-Einigung über die Datengrundlagen zu berufen, ist ebenfalls ausgeschlossen.

IV. Ferner stimmen die Vertragspartner darin überein, dass die Umsetzung der festgesetzten Honorarvereinbarung 2013 nicht anhand der Anlage 3, sondern im Sinne einer praktikablen Umsetzung unbeschadet der Aufrechterhaltung der jeweiligen Rechtspositionen aus der Verhandlung vor dem Landesschiedsamt anhand der nachfolgend abgebildeten Anlage erfolgen soll:

Anlage

zur Protokollnotiz
zur Honorarvereinbarung 2013

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß Beschluss des BA (288. Sitzung) und der honorarvertraglichen Regelung 2013 in Hamburg

1.	Vereinbarter bereinigter Leistungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im entsprechenden Quartal 2012 (Satzart: KASSRG87aMGV_SUM) **Ab dem 01.10.2013: zusätzlich multipliziert mit 0,35363**

Anpassung aufgrund geänderter MGV-Abgrenzung zum Vorjahresquartal

2.	HV 2012, Ziffer 3.3. Abs. 1 (Abzug der nicht basiswirksamen Einmalbeträge Hausbesuche in Punkten; Umrechnung der festen Eurobeträge je Kasse mit dem OPW 2012) **Ab dem 01.10.2013: zusätzlich multipliziert mit 0,35363**
3.	Leistungsbedarf nach Ziffer **3.2.** Nr. 1 bis **5** **Ab dem 01.10.2013: zusätzlich multipliziert mit 0,35363**
4.	Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 - 2 - 3

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

		a) GKV-weit	**b) Einzelkasse**
5.	Abgerechnete Leistungsmenge im entsprechenden Quartal 2012 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
6.	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106a SGB V		
7.	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 3. genannten Leistungen im entsprechenden Quartal		

	2012 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
8.	Leistungsmenge NVI im entsprechenden Quartal 2012 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aNVI_SUM bzw. _IK)		
9.	Anpassung um die Leistungsmenge NVI für die in Nr. 3. genannten Leistungen im entsprechenden Quartal 2012 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aNVI_SUM bzw. _IK)		
10.	Angepasste Leistungsmenge in Punkten = 5 – 6 – 7 – 8 + 9		
11.	Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf in Prozent = 10b / 10a		
12.	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = 4 * 11		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

13.	Anpassung Versichertenzahl: = 12 / (ANZVER87c4 bzw. ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2012) ***** (ANZVER87a des entsprechenden Quartals **2013**)
14.	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: **= 13** **+** [(durchschn. Bereinigungsmenge je Vers. im entsprechenden Quartal 2012 gemäß 3.4.1, 288. BA) *(ANZVER87a im entsprechenden Quartal 2013 **-** ANZVER87a bzw. c4 im entsprechenden Quartal 2012)]
15.	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate: = 14 * 1,010682
16.	Ermittlung des Kassenspezifischen Anpassungsbetrags wg. Weiterentwicklung EBM: 5.272.828,14 / 0,036099 / 4 [ab dem 01.10.2013: 5.272.828,14 / 0,102083 / 4] * (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2013 der Einzelkasse) / (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2013 aller Kassen)
17.	Berücksichtigung des Anpassungsbetrags wg. Weiterentwicklung EBM

	= 15 + 16
18.	**Ermittlung des Betrages zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung gemäß 3.6.:** 421.932 / 0,036099 / 4 [ab dem 01.10.2013: 421.932 / 0,102083 / 4] *** (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2013 der Einzelkasse)** **/ (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2013 aller Kassen)**
19.	**Berücksichtigung des Anpassungsbetrags zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung:** **= 17 + 18**
20.	Berücksichtigung der Differenzbereinigung **gemäß Ziffer 3.8 der Honorarvereinbarung** **Ab dem 01.10.2013 unter Berücksichtigung des 304. BA-Beschlusses**
21.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: **= (19 + 20) * 0,036099 [ab dem 01.10.2013: (19 + 20) * 0,102083** = Kassenspezifische MGV in Euro

Zwischen

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

und

der **AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse,**
dem **BKK-Landesverband NORDWEST,**
der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),**
der **IKK classic,**
der **Knappschaft,**
den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Hamburg**

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird folgende

Honorarvereinbarung 2014
i. d. F. des 5. Nachtrages ab 1. Oktober 2014

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitliche vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2014“ Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Präambel

Diese Vereinbarung basiert auf den Beschlüssen des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses, im Folgenden (E)BA genannt. Vorgaben und/oder Empfehlungen gemäß der Beschlüsse des (E)BA finden Anwendung, soweit nicht im Folgenden Abweichendes vereinbart ist.

1. Ambulante ärztliche Leistungen werden, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, nach der regionalen EUR-Gebührenordnung gemäß § 87a Absatz 2 Satz 5 SGB V vergütet.

Dies gilt auch für ambulante ärztliche Leistungen von Krankenhäusern in Notfällen mit der Maßgabe, dass diese mit 90 % nach der gemäß § 87a Absatz 2 Satz 5 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen regionalen EUR-Gebührenordnung vergütet werden.

2. Der Punktwert zur Berechnung der regionalen EUR-Gebührenordnung (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) wird rückwirkend für das Jahr 2014 neu festgesetzt auf 10,3239 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 0,1939 Cent (1,914 %) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 10,1300 Cent als Orientierungswert.

Zur Ermittlung des vorgenannten Punktwertzuschlages wird der in Anlage 3 der Honorarvereinbarung 2014 beschriebene Rechenweg angewendet.

Die sich aus der Absenkung des vorläufig geführten regionalen Punktwertes (10,3410 Cent; siehe Ziffer 2. der Honorarvereinbarung 2014 i. d. F. vom 27.11.2013) um 0,0171 Cent für die Quartale I bis IV des Jahres 2014 ergebenden Rückzahlungsbeträge sind jeweils gesondert im entsprechenden Quartal I bis IV/2018 im Formblatt 3 in KV-spezifischen Vorgängen auszuweisen und mit der jeweiligen Schlussrechnung für die Quartale I - IV/2018 zu erstatten.

Die quartalszugehörige Korrektur (im Folgenden beispielhaft dargestellt für das 1. Quartal) erfolgt mit den Vorgängen 060-067:

Bezeichnungen:

- Vorgang 060 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2014 MGV
- Vorgang 061 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2014 EGV
- Vorgang 062 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2015 MGV
- Vorgang 063 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2015 EGV
- Vorgang 064 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2016 MGV
- Vorgang 065 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2016 EGV
- Vorgang 066 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2017 MGV
- Vorgang 067 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2017 EGV

Eine Saldierung der jeweiligen Beträge im Rechnungsbrief für die jeweilige Schlussrechnung des Quartals I bis IV/2018 ist zulässig.

Die Fälligkeit der Rückzahlungsbeträge tritt zum Zeitpunkt der Fälligkeit der jeweiligen Forderungen aus der jeweiligen Schlussrechnung für die Quartale I bis IV/2018 ein.

Die KV Hamburg wird eine Korrektur der Vergütungen von bereichsfremden Versicherten der KVH gegenüber den jeweiligen Wohnort-KVen im Rahmen der Richtlinie über den Fremdkassenzahlungsausgleich vornehmen.

2.1. Verspätet eingereichte Behandlungsausweise werden dem Quartal des Zeitpunktes der Einreichung zugerechnet, mit den Behandlungsausweisen des Abrechnungsquartals zusammengeführt und nach den Bestimmungen des Verteilungsmaßstabes vergütet, die zum Zeitpunkt der Einreichung gelten. Dies gilt nicht, soweit hinsichtlich der abgerechneten Leistungen zwischenzeitlich Änderungen des EBM bzw. der Vergütungsstruktur und -höhe erfolgt sind. Insoweit erfolgt die Vergütung zu den Bedingungen des Abrechnungsquartals der Leistungserbringung. Den Krankenkassen dürfen durch die Zurechnung verspätet eingereichter Behandlungsausweise gegenüber dem Quartal der Erbringung der Leistung keinerlei zusätzliche finanzielle Belastungen entstehen.

3. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des nach Maßgabe der nachstehenden Ziffern 3.1. bis 3.7. sowie den Vorgaben und Empfehlungen des BA-Beschlusses (314. Sitzung**)** ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals und dem Punktwert nach Nr. 2. Die Berechnung erfolgt für jedes Quartal des Jahres 2014 getrennt.

3.1. Ausgangspunkt für die Berechnung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs ist die Feststellung des insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV Hamburg für das Vorjahresquartal vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß Ziffer 2.2.1.1 des 314. Beschlusses des BA.

Im 1., 2. und 3. Quartal 2014 wird der für das Vorjahresquartal vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf zur Umsetzung des 304. BA-Beschlusses (Ziffer IV) mit dem Faktor 0,35363 multipliziert.

3.2. Zur Berücksichtigung der im Vergleich mit den Vorjahresquartalen geänderten Abgrenzung morbiditätsbedingter von extrabudgetärer Gesamtvergütung ist der nach Ziffer 3.1. festgestellte, bereinigte Behandlungsbedarf gemäß den Vorgaben des BA-Beschlusses (314. Sitzung, Ziffer 2.2.1.2) anzupassen.

Von dem nach Ziffer 3.1. festgestellten, bereinigten Behandlungsbedarf sind danach die Brutto-Punktmengen folgender Leistungsbereiche abzuziehen

1. Leistungen nach den GOP 01510, 01511, 01512 EBM gem. 4.29. dieser Vereinbarung (tagesklinischen Betreuungsleistungen, sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden) soweit

diese nicht bereits in 2013 (Ziffer 3.2. Nr. 4 der festgesetzten Honorarvereinbarung 2013) abgezogen worden sind.

2. Leistungen nach den GOP 01411 und 01412 gem. Ziffer 4.27. dieser Vereinbarung

3. Bis 30.06.2014:
Leistungen gemäß Ziffer 4.13. („Nephrologie und Dialyse“), soweit die Leistungen im Vorjahresquartal Bestandteil der MGV waren. Abweichend von Ziffer 2.2.1.2 des BA-Beschlusses (314. Sitzung am 29.08.2013, Teil A) wird nach Ziffer 1 des BA-Beschlusses (302. Sitzung am 19.03.2013) als Aufsatzzeitraum nicht das Vorjahresquartal, sondern das entsprechende Quartal des Jahres 2011 zugrunde gelegt. Die GOPs 04000, 04010, 04040 und 04230 haben die bisherigen Versichertenpauschalen 04110, 04111, 04112, 04120, 04121 und 04122 ersetzt. Bereinigt werden daher die Leistungsmengen der ursprünglichen Pauschalen.

Im 1., 2. und 3. Quartal 2014 werden die Brutto-Punktmengen zur Umsetzung des 304. BA-Beschlusses (Ziffer IV) mit dem Faktor 0,35363 multipliziert.

3.3. Der gemäß Ziffer 3.1. festgestellte und gemäß Ziffer 3.2. angepasste Behandlungsbedarf wird gemäß Ziffer 2.2.2 des BA-Beschlusses (314. Sitzung) unter Berücksichtigung der Prüfergebnisse nach § 106a SGB V auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt. Dabei wird sichergestellt, dass die dort in Bezug genommenen ARZTRG87aKA-Daten des Vorjahresquartals entsprechend der geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Abrechnungsquartal angepasst werden. Dabei wird ferner sichergestellt, dass die Berücksichtigung der sich aus kassenseitigen Prüfanträgen ergebenden Korrekturen die insgesamt über alle Kassen zu zahlende MGV nicht verändert.

3.4. Der so auf die Kassen aufgeteilte Behandlungsbedarf ist anschließend gemäß Ziffer 2.2.3 des BA-Beschlusses (314. Sitzung) zur Berücksichtigung der Änderungen in der Versichertenzahl einschließlich der damit einhergehenden Anpassung aufgrund der Bereinigungsmenge je Versicherten anzupassen. Die Berücksichtigung der in der Datenlieferung ANZVER87c4 bzw. ANZVER87a ausgewiesenen Personengruppen erfolgt dabei analog zu den Vorjahren. Anderslautende bilaterale Absprachen der Krankenkasse mit der KV Hamburg bleiben unberührt.

3.5. Der so kassenspezifisch ermittelte Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal ist wie folgt gemäß Ziffer 2.2.4 des BA-Beschlusses (314. Sitzung) fortzuentwickeln:

1. Berücksichtigung der Morbiditätsveränderung gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gem. des BA-Beschlusses (315. Sitzung am 25.09.2013)**.** Dabei erfolgt die Gewichtung der gemäß BA-Beschluss berechneten Veränderungsraten zu einem Drittel anhand der Demografie (0,1747 % x 1/3 = 0,0582 %) und zu zwei Dritteln anhand der Diagnosen (1,2534 % x 2/3 = 0,8356 %). Der Aufsatzwert wird damit um **0,8938** % erhöht.

2. Zur Stärkung der hausärztlichen und fachärztlichen Grundversorgung wird gemäß Ziffer 4 des (E)BA-Beschlusses (37. Sitzung vom 25.09.2013) sowie gemäß BA-Beschluss (319.Sitzung vom 18.12.2013) der Aufsatzwert um **0,6013** % erhöht.

3.6. Im 1. und 2. Quartal 2014 wird der kassenspezifische Behandlungsbedarf zusätzlich um den gemäß Ziffer 2 Abs. 3 des BA-Beschlusses (302. Sitzung am 19.03.2013) auf die jeweilige Kasse entfallenden Anteil an 421.932,00 EUR zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung erhöht.

3.7. Für Neueinschreiber in bzw. Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen erfolgt eine Differenzbereinigung gemäß Ziffer 3 des BA-Beschlusses (314. Sitzung, Teil B). Es sind zwingend die Regelungen gesonderter Bereinigungsvereinbarungen zwischen der Krankenkasse und der KV Hamburg zu berücksichtigen. Hierbei ist der Beschluss des BA (304. Sitzung) zu berücksichtigen („Währungsreform“).

3.8. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4 dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht kann ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V unter zwingender Beachtung der Empfehlungen des BA-Beschlusses gem. § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 (312. Sitzung am 14. August 2013) begründet werden. Insoweit eine Nachschusspflicht nach § 87a Abs. 3 S. 4 SGB V besteht, werden die diese betreffende Regelungen in Nr. 8. dieses Vertrages verortet. Insbesondere kann keine Nachschusspflicht aus Regelungen zur Honorarverteilung resultieren.

3.9. Für den Fall von Kassenfusionen vereinbaren die Vertragspartner, dass soweit zwischen den jeweiligen Gesamtvertragspartnern nicht etwas anderes vereinbart ist, der kassenspezifische Anteil gemäß Ziffer 3.3. der Summe der Anteile der fusionierten Krankenkassen entspricht.

3.10. Der Beschluss des BA in seiner 314. Sitzung (Teil B - Bereinigungsbeschluss) wird - soweit noch nicht erfolgt - umgesetzt. Eine ggf. notwendige Verfahrensregelung wird zwischen den Vertragsparteien getroffen.

Vorgaben des BA nach § 87a Absatz 5 Satz 7 SGB V im Zusammenhang mit § 116b Absatz 6 Satz 13 bis 15 SGB V werden umgesetzt. Die hierfür notwendigen Regelungen werden zeitnah nach Inkrafttreten eines entsprechenden Beschlusses zwischen den Vertragspartnern getroffen.

4. Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden folgende Leistungen des EBM von den Krankenkassen vergütet:

4.1. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe),

4.2. Leistungen des Kapitels 31 sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,

4.3. Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

4.4. Früherkennungsuntersuchungen nach der GOP 01723 (U 7 a),

4.5. Leistungen des Hautkrebsscreenings nach der GOP 01745, 01746,

4.6. Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

4.7. Leistungen der Strahlentherapie nach Kapitel 25 (GOP 25210 bis 25342) sowie Kostenpauschalen der Strahlentherapie nach Kapitel 40.15 (GOP 40840, 40841),

4.8. Phototherapeutische Keratektomien nach der GOP 31362, 31734, 31735 und 40680,

4.9. Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:
01510 X, 01511 X, 01512 X, 02100 X, 02341 X, 05310 X, 05330 X, 05340 X, 05341 X, 05350 X, 08510 X, 08530 X, 08531 X, 08540 X bis 08542 X, 08550 bis 08552 X, 08560 X, 08561 X, 08570 X bis 08574 X, 11311 X, 11312 X, 11320 X bis 11322 X, 11330 X bis 11334 X, 11351 X, 11352X, 11354 X, 11360 X, 11361 X, 11370 X bis 11372 X, 11380 X, 11390 X, 11391 X, 11395 X, 11396 X, 11400 X, 11401 X, 11403 X, 11404 X, 11410 X bis 11412 X, 11420 X bis 11422 X, 11430 X bis 11434 X, 11440 X bis 11443 X, 31272 X, 31503 X, 31600 X, 31608 X, 31609 X, 31822 X, 33043 X, 33044 X, 33090 X, 36272 X, 36503 X, 36822 X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den GOP 32354 X, 32356 X, 32357 X, 32575 X, 32576 X, 32660 X, 32781 X, 32614 X und 32618 X.

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,

4.10. Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den GOP 01950 bis 01952,

4.11. Excisionen beim Hautkrebsscreening nach den GOP 10343 und 10344,

4.12. Leistungen der Schmerztherapie nach Abschnitt 30.7.1. gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V,

4.13. Leistungen der Abschnitte 4.5.4 EBM (pädiatrische Nephrologie und Dialyse) und 13.3.6 (Nephrologie und Dialyse) EBM sowie die pädiatrischen Versichertenpauschalen 04000, 04010, 04040 und 04230 EBM, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden; einschließlich der leistungsbezogenen Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Be-

handlungen mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahrens des Abschnitts 40.14 EBM,

4.14. Kostenpauschalen nach den GOP 40870 und 40872 für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen,

4.15. Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nach der GOP 13622 einschließlich der Sachkosten,

4.16. Kostenpauschalen nach den GOP 01425 und 01426 zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Die Rechnungslegung der Gebührenordnungspositionen 01425 und 01426 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 406, Ebene 6,

4.17. Spezialisierte Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922 und 30924,

4.18. Leistungen nach den GOP 30930 bis 30935 (neuropsychologische Therapie),

4.19. Leistungen nach den GOP 32821 und 32822 (genotypische Untersuchungen auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus),

4.20. Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882,

4.21. Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger nach den GOP 01955 und 01956 des Abschnittes 1.8 im EBM,

4.22. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Neugeborenen-Hörscreening) nach den GOP 01704, 01705 und 01706 des Abschnittes 1.7.1 im EBM,

4.23. Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung nach der GOP 01833 des Abschnittes 1.7.5 im EBM,

4.24. Leistungen und Kosten im Rahmen der Balneophototherapie nach der GOP 10350 des Abschnittes 10.3 des EBM,

4.25. ab 01.04.2014 Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach den GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956,

4.26. Leistungen des Kapitels 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150) der in § 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen, („Psychotherapie“)

4.27. Leistungen nach den GOP 01410, 01413, 01415, sowie nach den GOP 01411 und 01412 (Haus- und Heimbesuche)

4.28. Leistungen nach den GOP 01776, 01777 und 01812 EBM (Screening auf Gestationsdiabetes),

4.29. Von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachten Hämato-/Onkologischen Zusatzpauschalen (GOP 13500 bis 13502), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie
die von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachten Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 08345), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie
die von Fachärzten für Urologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachten Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 26315 EBM), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111 EBM) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512 EBM), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden.

Die genannten Leistungen werden zur Abgrenzung gegenüber den von anderen Arztgruppen erbrachten Leistungen, die innerhalb der MGV verbleiben, nach Maßgabe der KV Hamburg gekennzeichnet.

4.30. Zuschlag für Hyposensibilisierungsbehandlungen (GOP 30130, 30131) nach 3 Jahren Behandlungsdauer in Höhe von 100 Euro einmal je Patient (GOP 98000). Dieser Zuschlag ist nicht für Behandlungen von Insektenstichallergien berechnungsfähig.

4.31. Leistung gemäß GOP 34601 (Osteodensitometrische Untersuchung II)

4.32. ab dem 01.07.2014 Leistungen gemäß den GOP 04528, 04529, 13425 und 13426 (Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms),

4.33. ab dem 01.10.2014 Leistungen gemäß den GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 (intravitreale Medikamenteneingabe).

5. Für Leistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.2 und 1.7.4 des EBM exklusive der Leistungen nach den Ziffern 4.4., 4.5. und 4.22. dieses Vertrages wird ein Zuschlag in Höhe von 0,5037 Cent auf den regionalen Punktwert nach Nr. 2 gezahlt.

6. Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

6.1. Für jeden Besuch nach den GOP 01410, 01411, 01412 und 01721, für jede erste Visite am Behandlungstag in einer der in GOP 01414 oder 01415 genannten Einrichtungen sowie einmal zu Leistungen nach GOP 05230 eine Wegepauschale nach Wegebereichen und Besuchszeiten in folgender Höhe:

a) Pauschale für Besuche nach GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

   3,36 EUR (Abrechnungsnummer: 97234);

b) Pauschale für Besuche nach GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

   6,62 EUR (Abrechnungsnummer: 97235);

c) Pauschale für Besuche nach GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

   9,66 EUR (Abrechnungsnummer: 97236);

d) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

   6,62 EUR (Abrechnungsnummer: 97237):

e) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

   10,29 EUR (Abrechnungsnummer: 97238);

f) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

   13,86 EUR (Abrechnungsnummer: 97239);

g) Pauschale für einen Besuch nach GOP 01410 oder 01414 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

11,24 EUR (Abrechnungsnummer: 97160);

h) Pauschale für einen Besuch nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

15,54 EUR (Abrechnungsnummer: 97161).

6.2. Die Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet. Die KVH stellt jedem Vertragsarzt hierfür eine Karte im Maßstab 1 : 50.000 zur Verfügung, auf der sowohl der Praxissitz als auch die Grenzen für den Rand und den Fernbereich eingezeichnet sind.

6.3. Die Wegepauschalen sind je Besuch bzw. Visite unabhängig davon berechnungsfähig, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung der jeweiligen Wegepauschale nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines der drei Wegebereiche.

6.4. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale der KVH mit einem Fahrdienst ausgeführt, so werden die Beträge für Wegeentschädigungen nicht an den Arzt abgeführt, sondern als Kosten des Notfalldienstes einbehalten. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale nicht mit einem Fahrdienst, sondern im eigenen Wagen des Arztes ausgeführt, so erhält der Arzt in einem generell im Notfalldienst mit Fahrdienst befahrenen Bezirk den von den Kostenträgern zu zahlenden Pauschalbetrag. Dies gilt nicht für Leistungen, die von Vertragsärzten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten sowie bei gegenseitiger Vertretung erbracht werden.

6.5. Für die Berechnung der Wegepauschale ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist.

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

7. Innerhalb der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Krankenkassen wird die stationäre vertragsärztliche Tätigkeit mit Ausnahme der Nr. 4.1. dieses Vertrages wie folgt vergütet:

7.1. Dem anerkannten Belegarzt werden die Visiten im Krankenhaus je Patient nach der GOP 01414 vergütet. Beim jeweils ersten Aufsuchen der Belegklinik am Behandlungstag wird zusätzlich für den ersten visitierten Patienten die entsprechende Wegepauschale nach Nr. 6. vergütet. Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung von Besuchen ausgeschlossen.

7.2. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

7.3. Ferner gelten für die Vergütung des Belegarztes folgende Besonderheiten:

a) Leistungen, für die in der regionalen EUR-Gebührenordnung bei belegärztlicher Leistungserbringung ein Abschlag vorgesehen ist, werden entsprechend bewertet.

b) Leistungen der Kapitel 33 und 34 der regionalen EUR-Gebührenordnung werden mit 60 % der Sätze der Gebührenordnung bewertet; können diese Leistungen im Belegkrankenhaus nicht erbracht werden, werden sie mit den Sätzen der Gebührenordnung bewertet.

c) Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen des Kapitels 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung, die mit mindestens 6,00 EUR bewertet sind, werden mit den Sätzen der regionalen EUR-Gebührenordnung bewertet. Die Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen aus dem Kapitel 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in § 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

d) Alle übrigen Leistungen, die in der regionalen EUR-Gebührenordnung mit mehr als 6,00 EUR bewertet oder als Zuschlag beschrieben sind, werden mit dem vollen Satz der regionalen EUR-Gebührenordnung bewertet.

e) Leistungen, die in der regionalen EUR-Gebührenordnung mit weniger als 6,00 EUR bewertet sind, werden nicht vergütet.

7.4. Die reduzierten Vergütungssätze nach Nr. 7.3. gelten unabhängig davon, ob die Geräte dem Krankenhaus oder dem Belegarzt gehören.

7.5. Vom Belegarzt konsiliarisch oder mitbehandelnd hinzugezogene Vertragsärzte, die nicht selbst Belegärzte in demselben Belegkrankenhaus sind, rechnen ihre Leistungen nach den Bedingungen für die ambulant-kurative Versorgung ab.

Für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses zur Durchführung von Anästhesieleistungen wird dem Facharzt für Anästhesiologie für jeden Kranken einmal am Behandlungstag die GOP 05230 vergütet.

7.6. Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Punkte 7.1. bis 7.4. vergütet.

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.

a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitschaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.

   Die Krankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.

   Der Belegarzt hat - ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers - gegenüber der KVH nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind.

b) Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.

   Dies gilt auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Krankenkassen ein Betrag von 3,07 EUR pro Patient und Pflegetag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflegetage.

7.8. Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung des Bereitschaftsdienstes vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr. 7.7. dieser Anlage, ohne dass es einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf.

8. Rechnungslegung

8.1. Die KVH stellt eine Rechnungslegung entsprechend der Regelungen dieses Vertrages sicher. In die Rechnung fließen die kassenindividuelle morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (höchstzulässige Obergrenze), Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß dieser Honorarvereinbarung und gesonderten vertraglichen Regelungen sowie durchlaufende Posten ein.

8.2. Mit Wirkung für das 4. Quartal 2014 wird der abgestimmte und geeinte Behandlungsbedarf 4/2014 infolge der Umsetzung des 362. BA (NVA-Beschluss 2013) mit dem Prozentsatz von 0,0331 % nicht basiswirksam erhöht.

Der sich daraus ergebende kassenspezifische Nachzahlungsbetrag für das Quartal 4/2014 wird im Quartal 3/2018 im Formblatt 3 Vorgangsposition 091 ausgewiesen und mit der Schlussrechnung für das Quartal 3/2018 angefordert.

9. Honorar-Rückforderungen betreffend Leistungen außerhalb der MGV aus nachträglichen sachlich-rechnerischen Berichtigungen sowie Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind von der KVH an die Krankenkasse zurückzuzahlen. Die KV Hamburg teilt den Vertragspartnern die sich aus entsprechenden rechtskräftig abgeschlossenen Verfahren ergebende Beträge mit.

10. Honorarkürzungen, die die KV Hamburg wegen fehlenden Nachweises der fachlichen Fortbildung nach § 95d Abs.3 SGB V vornimmt, sind anteilig für den Fall, der die Leistungen außerhalb der MGV betrifft, an die Krankenkasse zurückzuzahlen. Basis für die Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen ist der Anteil je Krankenkasse am Volumen der Leistungen außerhalb der MGV gemäß Formblatt (bereichseigen) des die Kürzung betreffenden Quartals. Die Rückzahlung erfolgt jeweils in dem Quartal, das auf das die Kürzung betreffenden Quartal folgt. Der Ausweis erfolgt im Formblatt, Kontenart 400, Vorgang 141.

11. Die Anrechnung von Kostenerstattungen nach § 13 Absatz 2 und § 53 Absatz 4 SGB V auf die MGV erfolgt nach Maßgabe gesonderter vertraglicher Regelungen.

12. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages und seiner Anlagen.

Honorarvereinbarung 2014 vom 27.11.2013

Anlage 1

zur Honorarvereinbarung 2014

Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg

wird noch ausgeführt

Honorarvereinbarung 2014 vom 27.11.2013

<u>Anlage 2</u>

zur Honorarvereinbarung 2014

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß Beschluss des BA (314. Sitzung) und der honorarvertraglichen Regelung 2014 in Hamburg

1.	Vereinbarter bereinigter Leistungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im entsprechenden Quartal 2013 (Satzart: KASSRG87aMGV_SUM) Bis 30.09.2014: zusätzlich multipliziert mit 0,35363

Anpassung aufgrund geänderter MGV-Abgrenzung zum Vorjahresquartal

2.	Anpassung auf geänderte MGV/EGV-Abgrenzung: Leistungsbedarf nach Ziffer 3.2 Nr. 1 bis 3 Bis 30.09.2014: zusätzlich multipliziert mit 0,35363
3.	Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 - 2

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

		a) GKV-weit	**b) Einzelkasse**
4.	Abgerechnete Leistungsmenge im entsprechenden Quartal **2013** in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
5.	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106a SGB V		
6.	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 2 genannten Leistungen im entsprechenden Quartal 2013 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
7.	Leistungsmenge NVI im entsprechenden		

	Quartal 2013 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aNVI_SUM bzw. _IK)		
8.	Anpassung um die Leistungsmenge NVI für die in Nr. 2 genannten Leistungen im entsprechenden Quartal 2013 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aNVI_SUM bzw. _IK)		
9.	Angepasste Leistungsmenge in Punkten = 4 - 5 - 6 - 7 + 8		
10.	Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf in Prozent = 9b / 9a		
11.	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = 3 * 10		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

12.	Anpassung Versichertenzahl: = 11 / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des entspr. Quartals 2013) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a des entspr. Quartals 2014)
13.	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 12 + [(durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten im entsprechenden Quartal 2013 gemäß 2.2.3, 314. BA) * (ANZVER87a im entsprechenden Quartal 2014 - ANZVER87a im entsprechenden Quartal 2013)]
14.	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate: = 13 * 1,008938

15.	Anpassung um Veränderungsrate zur Stärkung der hausärztlichen Grundversorgung und der fachärztlichen Grundversorgung gemäß 37. (E)BA bzw. 319. BA = 14 * 1,006013
16.	Bis zum 30.06.2014: Ermittlung des Betrages zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung gemäß 3.6.: 421.932 / 0,103410 / 4 * (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2014 der Einzelkasse) / (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2014 aller Kassen)
17.	Berücksichtigung des Anpassungsbetrags zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung: = 15 + 16
18.	Berücksichtigung der Differenzbereinigung gemäß Ziffer 3.7. der Honorarvereinbarung unter Berücksichtigung des 304. BA-Beschlusses
19.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: = (17 + 18) * 0,103410 = Kassenspezifische MGV in Euro

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2014

Rechenweg des regionalen Punktwertzuschlags gem. Nr. 2 der Honorarvereinbarung 2014 (nach Dau, 2013; lt. BSG-Urteil 2017)

- basierend auf drei volkswirtschaftliche Indikatoren
    - Arbeitnehmerentgelt je Arbeitnehmer$_1$
    - Arbeitnehmerentgelt je geleisteter Arbeitsstunde$_2$
    - Bruttoinlandsprodukt je Einwohner$_3$
- es sind jeweils die Werte des (Vor-)vorjahres anzusetzen;
- als allgemein zugängliche Quelle dient das Gemeinsame Datenangebot der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder → http://www.vgrdl.de/VGRdL/ (für die Berechnung des regionalen Punktwertzuschlages des Jahres 2014 wird abschließend der Berechnungsstand: August 2017 / Februar 2018 verwendet. Spätere Korrekturen der verwendeten Berechnungsgrundlagen durch die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder bleiben unberücksichtigt.)
- im Folgenden werden die Ergebnisse der Berechnungsschritte 1. bis 5. sowie 7. in Prozent [%] und die Ergebnisse der Berechnungsschritte 6.1 bis 6.3 in EuroCent [cent] ausgewiesen

1. Prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

je volkswirtschaftlicher Indikator$_{1,2,3}$ gilt: $a_{1,2,3}$ = ((Wert_HH / Wert_Bund) * 100) - 100

2. Durchschnittliche, prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

arithmetisches Mittel der prozentualen Abweichungen $a_{1,2,3}$: $\bar{a} = 1/3 * (a_1 + a_2 + a_3)$

3. Schätzung der prozentualen Abweichung arztpraxisrelevanter Kosten $b_{Praxiskosten}$ in Hamburg vgl. zum Bund

auf Grundlage der durchschnittlichen, prozentualen Abweichung $\bar{a}$ (HH *vs.* Bund) der volkswirtschaftlichen Indikatoren gilt: $b_{Praxiskosten} = (\bar{a} / 2) - 1\ \%$

4. Schätzung des prozentualen Honorarzuschlags $c_{Personal/Miete}$ zum Ausgleich höherer Praxiskosten in Hamburg vgl. zum Bund

$b_{Praxiskosten}$ gilt mindestens für den Kostenblock Personal & Miete, für den ein Arzt etwa 30 % der Praxiskosten aufbringt, daher gilt: $c_{Personal/Miete} = b_{Praxiskosten} * 30\ \%$

5. Anpassung des Zuschlags $c_{Personal/Miete}$ aufgrund der betriebswirtschaftlichen Attraktivität Hamburgs

Begrenzung des prozentualen Zuschlags um 1/3 der Schätzung:

$$c_{Personal/Miete**} = c_{Personal/Miete} - (c_{Personal/Miete} / 3)$$

6. Anpassung des Zuschlags unter Berücksichtigung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr

6.1 Berechnung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr

$$d_{OPW_Differenz}\ [cent] = OPW_{aktuell}\ [cent] - OPW_{Vorjahr}\ [cent]$$

6.2 Berechnung des Zuschlags basierend auf $OPW_{Vorjahr}$:

$$e_{Zuschlag_OPW\ Vorjahr}\ [cent] = OPW_{Vorjahr}\ [cent] * c_{Personal/Miete**}$$

6.3 Berechnung des aktuellen Zuschlags abzüglich der Steigerung des OPWs zum Vorjahr

$$f_{Zuschlag\text{-}OPWSteigerung}\ [cent] = e_{Zuschlag_OPW\ Vorjahr}\ [cent] - d_{OPW_Differenz}\ [cent]$$

7. Berechnung des prozentualen, regionalen Punktwertzuschlags x

$$x = (f_{Zuschlag\text{-}OPWSteigerung}\ [cent] / OPW_{aktuell}\ [cent]) * 100$$

Protokollnotiz
zur
Honorarvereinbarung 2014

1. Die Partner dieser Vereinbarung sind sich darüber einig, dass andere zwischen ihnen geschlossene Verträge durch den Abschluss dieser Vereinbarung unberührt bleiben.

2. Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung der Wegepauschalen vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr. 6. dieser Vereinbarung, ohne dass es diesbezüglich einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf. Die Partner dieser Vereinbarung werden prüfen, welche Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch eine Aufnahme der Wegepauschalen in den EBM notwendig wird, soweit nicht der Bewertungsausschuss entsprechende Regelungen verabschiedet.

3. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der BA-Beschluss 304. Sitzung („Währungsreform“) finanzneutral umzusetzen ist. Soweit erkennbar wird, dass neben den bereits im Vertrag vorgenommenen Anpassungen weitere Regelungen notwendig sind, um die Finanzneutralität zu gewährleisten, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über die notwendigen Anpassungen dieser Vereinbarung.

4. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Festsetzung des regionalen Punktwertes für 2013 durch den Schiedsspruch des Landesschiedsamtes in seiner Sitzung am 15.08.2013 in Bezug auf den festgesetzten Zuschlag von 2,083 % unter dem Aktenzeichen L 1 KA 68/13 KL Gegenstand einer Klage vor dem Landessozialgericht Hamburg ist.
Vor diesem Hintergrund steht der Zuschlag für 2014 in Ziffer 2. dieser Vereinbarung unter Vorbehalt.
Soweit nach bestandskräftiger Entscheidung des Rechtsstreits durch die Vertragspartner oder das Landesschiedsamt rechtskräftig andere Festsetzungen für 2013 getroffen werden, werden diese inhaltsgleich auch für das Jahr 2014 umgesetzt.

5. Die Vertragspartner stimmen darüber hinaus darin überein, dass die Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106a SGB V bei der Festsetzung durch das Landesschiedsamt in 2013 abweichend von der tatsächlichen Meinungsbildung im Schiedsamt erfolgt ist. Deshalb hat die KV Hamburg auch gegen diese Festsetzung Klage vor dem LSG Hamburg unter dem Aktenzeichen L 1 KA 69/13 KL eingereicht. Abweichend von der tatsächlichen Festsetzung durch das Landesschiedsamt in seiner Sitzung am 15.08.2013 setzen die Vertragspartner die folgende, der tatsächlichen Meinungsbildung im Landesschiedsamt entsprechende, Regelung zur Berücksichtigung der Prüfanträge nach § 106a SGB V um:

Entsprechend der vom BA am 22.10.2012 in seiner 288. Sitzung unter Ziffer 2.2.2 für 2013 und der vom BA in seiner 314. Sitzung vorgesehenen Regelung verständigen sich die KV Hamburg und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen über die Berücksichtigung der Ergebnisse aus den Prüfungen nach § 106a SGB V innerhalb der MGV ergebenden Korrekturen.

Sind Falschabrechnungen von Leistungen innerhalb der MGV für vergangene Abrechnungszeiträume aufgrund Rechnungsprüfung nach § 106a SGB V einvernehmlich oder durch rechtskräftiges Urteil festgestellt worden, so wird die betreffende kassenspezifische Leistungsmenge eines Abrechnungsquartals um das aus dem gesamten, vorangegangenen Prüfzeitraum ermittelte gesamte Punktzahlvolumen gekürzt. Diese Reduzierung der Leistungsmenge erfolgt spätestens im nächsten, auf die Einigung bzw. die Rechtskraft des Urteils folgenden Abrechnungsquartal. Eine rückwirkende Änderung der Datengrundlagen (ARZTRG- und KASSRG-Daten) zur Bestimmung der Aufsatzwerte findet nicht statt. Das Nähere ist in der Anlage 2 dieser Vereinbarung geregelt.

Hierdurch wird gewährleistet, dass die Berücksichtigung die insgesamt über alle Kassen zu zahlende MGV nicht verändert.

Vor diesem aufgezeigten Hintergrund wird die KV Hamburg die Klage vor dem Landessozialgericht unter dem Aktenzeichen L 1 KA 69/13 KL zurücknehmen.

6. Die Vertragspartner stimmen des Weiteren darin überein, dass sofern die Abstimmung der Datengrundlagen für die sog. KASSRG87aMGV-Dateien nach Ziffer 2.2.1.1 des 314. BA (1.) sowie die Abstimmung sonstiger, insbesondere der Datengrundlagen für die sog. ARZTRG87a-Dateien nach Ziffer 2.2.2 des 314. BA (2.) vom Ausgang eines Rechtsstreits abhängig ist, wie folgt verfahren werden soll:

1. Feststellung des Behandlungsbedarfs (Ziffer 2.2.1.1 314. BA)

Besteht Streit über die Höhe des konkret für die jeweilige Krankenkassen anzusetzenden Wertes können die KV Hamburg und die kassenspezifischen Gesamtvertragspartner bilateral ungeachtet der zugrunde liegenden Rechtspositionen zur pragmatischen Umsetzung einen Wert für die jeweilige Krankenkasse mit Wirkung für und gegen alle kassenspezifischen Gesamtvertragspartner und alle Krankenkassen mit der Maßgabe festsetzen, dass das rechtliche Schicksal des Streits im Falle einer rechtskräftigen Entscheidung ausschließlich Wirkung ab dem nächst erreichbaren Quartal entfalten kann.

Das Recht, sich aus diesem Grunde auf eine Nicht-Einigung über die Datengrundlagen zu berufen, ist ausgeschlossen.

2. Abstimmung sonstiger Datengrundlagen, insbesondere die sog. ARZTRG87a-Dateien nach Ziffer 2.2.2 des 314. BA

Besteht Streit über sonstige Datengrundlagen und/oder die konkret festzusetzenden Werte zur Bestimmung der MGV 2014 zwischen der KV Hamburg und einer Kran-

kenkasse mit Auswirkungen für und gegen alle anderen Krankenkassen, gilt das Vorgenannte (1.).

Das Recht, sich aus diesem Grunde auf eine Nicht-Einigung über die Datengrundlagen zu berufen, ist ebenfalls ausgeschlossen.

7. Die Vertragspartner stimmen letztlich auch darin überein, dass die Regelungen zur Berücksichtigung der Morbiditätsveränderung in Ziffer 3.5. Nr. 1 dieser Vereinbarung vor dem Hintergrund der durch das Landesschiedsamt in seiner Sitzung am 15.08.2013 festgesetzten Gewichtung für 2014 fortgeschrieben werden.

Zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**
und
der **AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse,**
dem **BKK-Landesverband NORDWEST,**
der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),**
der **IKK classic,**
der **Knappschaft,**
den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Hamburg**

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird folgende

Honorarvereinbarung 2015
i. d. F. des 2. Nachtrages ab 1. Januar 2015

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitlich vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2015“ Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Präambel

Diese Vereinbarung basiert auf den Beschlüssen des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses, im Folgenden (E)BA genannt. Vorgaben und/oder Empfehlungen gemäß der Beschlüsse des (E)BA finden Anwendung, soweit nicht im Folgenden Abweichendes vereinbart ist.

1. Ambulante ärztliche Leistungen werden, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, nach der regionalen EUR-Gebührenordnung gemäß § 87a Absatz 2 Satz 5 SGB V vergütet.

Dies gilt auch für ambulante ärztliche Leistungen von Krankenhäusern in Notfällen mit der Maßgabe, dass diese mit 90 % nach der gemäß § 87a Absatz 2 Satz 5 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen regionalen EUR-Gebührenordnung vergütet werden.

2. Der Punktwert zur Berechnung der regionalen EUR-Gebührenordnung (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) wird rückwirkend für das Jahr 2015 neu festgesetzt auf 10,4713 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 0,1995 Cent (1,942 %) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 10,2718 Cent als Orientierungswert.

Zur Ermittlung des vorgenannten Punktwertzuschlages wird der in Anlage 3 der Honorarvereinbarung 2015 beschriebene Rechenweg angewendet.

Die sich aus der Absenkung des vorläufig geführten regionalen Punktwertes (10,4858 Cent; siehe Ziffer 2. der Honorarvereinbarung 2015 i.d.F. vom 02.10.2014) um 0,0145 Cent für die Quartale I bis IV des Jahres 2015 ergebenden Rückzahlungsbeträge sind jeweils gesondert im entsprechenden Quartal I bis IV/ 2018 im Formblatt 3 in KV-spezifischen Vorgängen auszuweisen und mit der jeweiligen Schlussrechnung für die Quartale I - IV/2018 zu erstatten.

Die quartalszugehörige Korrektur (im Folgenden beispielhaft dargestellt für das 1. Quartal) erfolgt mit den Vorgängen 060-067:

Bezeichnungen:

- Vorgang 060 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2014 MGV
- Vorgang 061 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2014 EGV
- Vorgang 062 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2015 MGV
- Vorgang 063 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2015 EGV
- Vorgang 064 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2016 MGV
- Vorgang 065 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2016 EGV
- Vorgang 066 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2017 MGV
- Vorgang 067 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2017 EGV

Eine Saldierung der jeweiligen Beträge im Rechnungsbrief für die jeweilige Schlussrechnung des Quartals I bis IV/2018 ist zulässig.
Die Fälligkeit der Rückzahlungsbeträge tritt zum Zeitpunkt der Fälligkeit der jeweiligen Forderungen aus der jeweiligen Schlussrechnung für die Quartale I bis IV/2018 ein.

Die KV Hamburg wird eine Korrektur der Vergütungen von bereichsfremden Versicherten der KVH gegenüber den jeweiligen Wohnort-KVen im Rahmen der Richtlinie über den Fremdkassenzahlungsausgleich vornehmen.

2.1. Verspätet eingereichte Behandlungsausweise werden dem Quartal des Zeitpunktes der Einreichung zugerechnet, mit den Behandlungsausweisen des Abrechnungsquartals zusammengeführt und nach den Bestimmungen des Verteilungsmaßstabes vergütet, die zum Zeitpunkt der Einreichung gelten. Dies gilt nicht, soweit hinsichtlich der abgerechneten Leistungen zwischenzeitlich Änderungen des EBM bzw. der Vergütungsstruktur und –höhe erfolgt sind. Insoweit erfolgt die Vergütung zu den Bedingungen des Abrechnungsquartals der Leistungserbringung. Den Krankenkassen dürfen durch die Zurechnung verspätet eingereichter Behandlungsausweise gegenüber dem Quartal der Erbringung der Leistung keinerlei zusätzliche finanzielle Belastungen entstehen.

3. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des nach Maßgabe der nachstehenden Ziffern 3.1. bis 3.7. sowie den Vorgaben und Empfehlungen der BA-Beschlüsse (333. Sitzung Beschluss Teil A und 339. Sitzung Beschluss Teil D) ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals und dem Punktwert nach Nr. 2. Die Berechnung erfolgt für jedes Quartal des Jahres 2015 getrennt.

3.1. Ausgangspunkt für die Berechnung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs ist die Feststellung des insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV Hamburg für das Vorjahresquartal vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß Ziffer 2.2.1.1 des 333. Beschlusses Teil A des BA.

3.2. Zur Berücksichtigung der im Vergleich mit den Vorjahresquartalen geänderten Abgrenzung morbiditätsbedingter von extrabudgetärer Gesamtvergütung ist der nach Ziffer 3.1. festgestellte, bereinigte Behandlungsbedarf gemäß den Vorgaben des BA-Beschlusses (333. Sitzung Beschluss Teil A, Ziffer 2.2.1.2) anzupassen.

Von dem nach Ziffer 3.1. festgestellten, bereinigten Behandlungsbedarf sind danach die Brutto-Punktmengen folgender Leistungsbereiche abzuziehen:

- Leistungen nach der GOP 01418 EBM gem. 4.27. dieser Vereinbarung soweit für diese nicht bereits eine basiswirksame Bereinigung des Behandlungsbedarfs in 2014 (Ziffer 4.27. in Verbindung mit Ziffer 3.2. Nr. 2 der Honorarvereinbarung 2014) im Zusammenhang mit der Bereinigung der GOP 01411 (EBM in der Fassung vor dem 341. BA am 17.12.2014) erfolgt ist. Bezogen auf das Vorjahresquartal wird hierzu die Anzahl aller abgerechneten GOP 01411 mit der Scheinuntergruppe 44 (Notfalldienst) ermittelt und mit der Punktzahldifferenz der GOP 01411 zu GOP 01418 multipliziert.

3.3. Im Anschluss daran erfolgt gem. Ziffer 2.2.1.3 des BA-Beschlusses (333. Sitzung Beschluss Teil A) für das jeweilige aktuelle Abrechnungsquartal der Abzug von Bereinigungsbeträgen aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung von dem festgestellten, bereinigten Behandlungsbedarf gem. Ziffer 3.2. dieser Vereinbarung.

3.4. Der gemäß Ziffer 3.1. festgestellte und gemäß Ziffer 3.2. und 3.3. angepasste Behandlungsbedarf wird gemäß Ziffer 2.2.2 des BA-Beschlusses (333. Sitzung Beschluss Teil A) unter Berücksichtigung der Prüfergebnisse nach § 106a SGB V auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt. Dabei wird sichergestellt, dass die dort in Bezug genommenen ARZTRG87aKA-Daten des Vorjahresquartals entsprechend der geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Abrechnungsquartal angepasst werden. Dabei wird ferner sichergestellt, dass die Berücksichtigung der sich aus kassenseitigen Prüfanträgen ergebenden Korrekturen die insgesamt über alle Kassen zu zahlende MGV nicht verändert.

3.5. Der so auf die Kassen aufgeteilte Behandlungsbedarf ist anschließend gemäß Ziffer 2.2.3 des BA-Beschlusses (333. Sitzung Beschluss Teil A) zur Berücksichtigung der Änderungen in der Versichertenzahl einschließlich der damit einhergehenden Anpassung aufgrund der Bereinigungsmenge je Versicherten anzupassen. Die Berücksichtigung der in der Datenlieferung ANZVER87c4 bzw. ANZVER87a ausgewiesenen Personengruppen erfolgt dabei analog zu den Vorjahren. Anderslautende bilaterale Absprachen der Krankenkasse mit der KV Hamburg bleiben unberührt.

3.6. Der so kassenspezifisch ermittelte Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal ist wie folgt gemäß Ziffer 2.2.4 der BA-Beschlüsse (333. Sitzung Beschluss Teil A sowie der 339. Sitzung Teil D) fortzuentwickeln:

1. Berücksichtigung der Morbiditätsveränderung gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gem. des BA-Beschlusses (334. Sitzung am 27.08.2014). Dabei erfolgt die Gewichtung der gemäß BA-Beschluss berechneten Veränderungsraten zu 50 % anhand der Demografie (0,0326 % x 50 % = 0,0163 %) und zu 50 % anhand der Diagnosen (0,0582 % x 50 % = 0,0291 %). Der Aufsatzwert wird damit um 0,0454 % erhöht.
2. Berücksichtigung der basiswirksamen Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur weiteren Förderung der fachärztlichen Grundversorgung für die vier Abrechnungsquartale des Jahres 2015 zusätzlich um 0,0277 % gem. des BA-Beschlusses (339. Sitzung Teil D).

3.7. Für Neueinschreiber in bzw. Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen erfolgt eine Differenzbereinigung gemäß Ziffer 3 des BA-Beschlusses (333. Sitzung Teil B sowie 339. Sitzung Teil D). Es sind zwingend die Regelungen gesonderter Bereinigungsvereinbarungen zwischen der Krankenkasse und der KV Hamburg zu berücksichtigen.

Zur Umsetzung des Beschlusses aus der 328. Sitzung sowie der 338. Sitzung des Bewertungsausschusses zur nachträglichen Bereinigung aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung für das 2. bis 4. Quartal des Jahres 2014 erfolgt im 2. bis 4. Quartal des Jahres 2015 eine nicht basiswirksame Bereinigung des resultierenden kassenspezifischen Behandlungsbedarfs um den KV - spezifischen Prozentsatz gemäß Nr. 2.2.1.3, Satz 2, multipliziert mit dem kassenspezifischen Aufsatzwert gemäß Nr. 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses (333. Sitzung Beschluss Teil A).

Den Vertragspartnern dieser Vereinbarung ist bewusst, dass zum Zeitpunkt der Unterzeichnung dieser Vereinbarung die notwendigen Folge-Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Festlegung des vorgenannten kv-spezifischen Prozentsatzes noch nicht vorlagen. Soweit dieser Beschluss diesbezüglich verbindliche Vorgaben trifft, sind diese auf die vorliegende Honorarvereinbarung 2015 unmittelbar anzuwenden. Andernfalls werden die ggf. notwendigen Regelungen Gegenstand einer Nachtragsvereinbarung zu dieser Honorarvereinbarung.

3.8. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4. dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht kann ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V unter zwingender Beachtung der Empfehlungen des BA-Beschlusses gem. § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 (333. Sitzung am 20. August 2014) begründet werden. Insbesondere kann keine Nachschusspflicht aus Regelungen zur Honorarverteilung resultieren.

3.9. Für den Fall von Kassenfusionen vereinbaren die Vertragspartner, dass soweit zwischen den jeweiligen Gesamtvertragspartnern nicht etwas anderes vereinbart ist, der kassenspezifische Anteil gemäß Ziffer 3.4. der Summe der Anteile der fusionierten Krankenkassen entspricht.

3.10. Die Beschlüsse des BA in seiner 333. Sitzung (Teil B - Bereinigungsbeschluss) sowie in seiner 339. Sitzung (Teil D) wird - soweit noch nicht erfolgt - umgesetzt. Eine ggf. notwendige Verfahrensregelung wird zwischen den Vertragsparteien getroffen.

Vorgaben des BA nach § 87a Absatz 5 Satz 7 SGB V im Zusammenhang mit § 116b Absatz 6 Satz 13 bis 15 SGB V, zu denen insbesondere die 335. und 338. Sitzung gehören, werden umgesetzt. Die hierfür ggf. notwendigen Regelungen werden zeitnah nach Inkrafttreten eines entsprechenden Beschlusses zwischen den Vertragspartnern getroffen. Im Übrigen gilt Ziffer 3.3. und 3.7. dieser Vereinbarung.

3.11. Die Vertragspartner vereinbaren zur Förderung der Leistungen der Psychosomatik eine nicht basiswirksame Förderungssumme in Höhe von 1 Mio. EUR.

Zur kassenseitigen Umsetzung dieser Förderung ist der Betrag in Höhe von 1 Mio. EUR gleichgewichtig auf die 4 Quartale des Jahres 2015 aufzuteilen (250.000 EUR je Quartal). Der von einer Krankenkasse zu finanzierende Anteil am jeweiligen Förderungsbetrag eines Quartals ergibt sich in entsprechender Anwendung der Rege-

lung zur Aufteilung des Behandlungsbedarfs auf die einzelnen Krankenkassen gemäß Ziffer 3.4. dieser Vereinbarung.

Zur arztseitigen Umsetzung dieser Förderung wird der ermittelte quartalsbezogene Förderungsbetrag anschließend entsprechend der abgerechneten Leistungen nach den GOPn 35100/35110 im entsprechenden Vorjahresquartal 2014 in einen hausärztlichen und fachärztlichen Förderbetrag aufgeteilt. Aus dem so ermittelten hausärztlichen bzw. fachärztlichen Förderungsbetrag erfolgt im jeweiligen Abrechnungsquartal des Jahres 2015 die Förderung von Ärzten, die Leistungen der Psychosomatik abgerechnet haben. Der arztindividuelle Förderungsbetrag eines Quartals entspricht dem individuellen Anteil entsprechend der Anzahl der abgerechneten GOP 35100 und/oder 35110 an dem für die Haus- bzw. Fachärzte zur Verfügung stehenden Förderungsbeträgen.
Die Förderung erfolgt unabhängig von der Finanzierung und Vergütung der GOP 35100/35110.

Die Rechnungslegung der Förderung erfolgt mit einfachem Rechnungsbrief als Summenposition.

4. Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden folgende Leistungen des EBM von den Krankenkassen vergütet:

4.1. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe),

4.2. Leistungen des Kapitels 31 sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,

4.3. Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

4.4. Früherkennungsuntersuchungen nach der GOP 01723 (U 7 a),

4.5. Leistungen des Hautkrebsscreenings nach der GOP 01745, 01746,

4.6. Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

4.7. Leistungen der Strahlentherapie nach Kapitel 25 (GOP 25210 bis 25342) sowie Kostenpauschalen der Strahlentherapie nach Kapitel 40.15 (GOP 40840, 40841),

4.8. Phototherapeutische Keratektomien nach der GOP 31362, 31734, 31735 und 40680,

4.9. mit Wirkung ab dem 01.10.2015 Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:
01510 X, 01511 X, 01512 X, 02100 X, 02341 X, 05310 X, 05330 X, 05340 X, 05341 X, 05350 X, 08510, 08510 X, 08530, 08530 X, 08531, 08531 X, 08540 - 08542, 08540 X bis 08542 X, 08550 – 08552, 08550 X bis 08552 X, 08560, 08560 X, 08561, 08561 X, 08570 – 08574, 08570 X bis 08574 X, 11311 X, 11312 X, 11320 X bis 11322 X, 11320 Z bis 11322 Z, 11330 X bis 11334 X, 11351 X, 11352X, 11354 X,

11360 X, 11361 X, 11370 X bis 11372 X, 11380 X, 11390 X, 11391 X, 11395 X, 11396 X, 11400 X, 11401 X, 11403 X, 11404 X, 11410 X bis 11412 X, 11420 X bis 11422 X, 11430 X bis 11434 X, 11440 X bis 11443 X, 31272 X, 31503 X, 31600 X, 31608 X, 31609 X, 31822 X, 33043 X, 33044 X, 33090 X, 36272 X, 36503 X, 36822 X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den GOP 32354 X, 32356 X, 32357 X, 32575 X, 32576 X, 32660 X, 32781 X, 32614 X und 32618 X.

Der vorstehende und ggf. 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,

4.10. Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den GOP 01950 bis 01952,

4.11. Excisionen beim Hautkrebsscreening nach den GOP 10343 und 10344,

4.12. Leistungen der Schmerztherapie nach Abschnitt 30.7.1. gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V,

4.13. Leistungen der Abschnitte 4.5.4 EBM (pädiatrische Nephrologie und Dialyse) und 13.3.6 (Nephrologie und Dialyse) EBM (ohne GOP 13620 – 13622) sowie die pädiatrischen Versichertenpauschalen 04000, 04010, 04040 und 04230 EBM, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden; einschließlich der leistungsbezogenen Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlungen mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren des Abschnitts 40.14 EBM,

4.14. unbesetzt

4.15. Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nach der GOP 13620 bis 13622 einschließlich der Sachkosten,

4.16. Kostenpauschalen nach den GOP 01425 und 01426 zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Die Rechnungslegung der Gebührenordnungspositionen 01425 und 01426 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 406, Ebene 6,

4.17. Spezialisierte Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922 und 30924,

4.18. Leistungen nach den GOP 30930 bis 30935 (neuropsychologische Therapie),

4.19. Leistungen nach den GOP 32821 und 32822 (genotypische Untersuchungen auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus),

4.20. Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882,

4.21. Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger nach den GOP 01955 und 01956 des Abschnittes 1.8 im EBM,

4.22. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Neugeborenen-Hörscreening) nach den GOP 01704, 01705 und 01706 des Abschnittes 1.7.1 im EBM,

4.23. Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung nach der GOP 01833 des Abschnittes 1.7.5 im EBM,

4.24. Leistungen und Kosten im Rahmen der Balneophototherapie nach der GOP 10350 des Abschnittes 10.3 des EBM,

4.25. Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach den GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956,

4.26. Leistungen des Kapitels 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150) der in § 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen („Psychotherapie“),

4.27. Leistungen nach den GOP 01410, 01413, 01415, sowie nach den GOP 01411, 01418 und 01412 (Haus- und Heimbesuche),

4.28. Leistungen nach den GOP 01776, 01777 und 01812 EBM (Screening auf Gestationsdiabetes),

4.29. Von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachten Hämato-/Onkologischen Zusatzpauschalen (GOP 13500 bis 13502), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie
die von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachten Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 08345), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie
die von Fachärzten für Urologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachten Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 26315 EBM), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111 EBM) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512 EBM), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden.

Die genannten Leistungen werden zur Abgrenzung gegenüber den von anderen Arztgruppen erbrachten Leistungen, die innerhalb der MGV verbleiben, nach Maßgabe der KV Hamburg gekennzeichnet,

4.30. Zuschlag für Hyposensibilisierungsbehandlungen (GOP 30130, 30131) nach 3 Jahren Behandlungsdauer in Höhe von 100 Euro einmal je Patient (GOP 98000). Dieser Zuschlag ist nicht für Behandlungen von Insektenstichallergien berechnungsfähig,

4.31. Leistung gemäß GOP 34601 (Osteodensitometrische Untersuchung II),

4.32. Leistungen gemäß den GOP 04528, 04529, 13425 und 13426 (Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms),

4.33. Leistungen gemäß den GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 (intravitreale Medikamenteneingabe),

4.34. Leistungen gemäß den GOP 03060, 03062 und 03063 („Förderung von Leistungen und Strukturen im hausärztlichen Versorgungsbereich“),

4.35. Leistungen gemäß den GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222 und 27222 („Förderung von Leistungen und Strukturen im fachärztlichen Versorgungsbereich“),

4.36. Leistungen gemäß der GOP 04356 („Förderung von Leistungen und Strukturen im hausärztlichen Versorgungsbereich“),

4.37. Ab dem 1. April 2015 die Kostenpauschale nach der GOP 40582 („Sachkosten im Zusammenhang mit der Radionuklidtherapie bei Verwendung von Radium-223-dichlorid“).

5. Für Leistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.2 und 1.7.4 des EBM exklusive der Leistungen nach den Ziffern 4.4., 4.5. und 4.22. dieses Vertrages wird ein Zuschlag in Höhe von 0,3536 Cent auf den regionalen Punktwert nach Nr. 2. gezahlt.

6. Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

6.1. Für jeden Besuch nach den GOP Nrn. 01410, 01411, 01412, 01721, 01415 oder 01418 sowie für die erste Visite nach der Nr. Gebührenordnungsposition 01414 genannten Einrichtungen sowie einmal zu Leistungen nach GOP 05230 eine Wegepauschale nach Wegebereichen und Besuchszeiten in folgender Höhe:

a) Pauschale für Besuche nach GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

3,36 EUR (Abrechnungsnummer: 97234);

b) Pauschale für Besuche nach GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

6,62 EUR (Abrechnungsnummer: 97235);

c) Pauschale für Besuche nach GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

9,66 EUR (Abrechnungsnummer: 97236);

d) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

6,62 EUR (Abrechnungsnummer: 97237);

e) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

10,29 EUR (Abrechnungsnummer: 97238);

f) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

13,86 EUR (Abrechnungsnummer: 97239);

g) Pauschale für einen Besuch nach GOP 01410 oder 01414 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

11,24 EUR (Abrechnungsnummer: 97160);

h) Pauschale für einen Besuch nach GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

15,54 EUR (Abrechnungsnummer: 97161).

6.2. Die Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet. Die KVH stellt jedem Vertragsarzt hierfür eine Karte im Maßstab 1 : 50.000 zur Verfügung, auf der sowohl der Praxissitz als auch die Grenzen für den Rand und den Fernbereich eingezeichnet sind.

6.3. Die Wegepauschalen sind je Besuch bzw. Visite unabhängig davon berechnungsfähig, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung der jeweiligen Wegepauschale nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines der drei Wegebereiche.

6.4. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale der KVH mit einem Fahrdienst ausgeführt, so werden die Beträge für Wegeentschädigungen nicht an den Arzt abgeführt, sondern als Kosten des Notfalldienstes einbehalten. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale nicht mit einem Fahrdienst, sondern im eigenen Wagen des Arztes ausgeführt, so erhält der Arzt in einem generell im Notfalldienst mit Fahrdienst befahrenen Bezirk den von den Kostenträgern zu zahlenden Pauschalbetrag. Dies gilt nicht für Leistungen, die von Vertragsärzten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten sowie bei gegenseitiger Vertretung erbracht werden.

6.5. Für die Berechnung der Wegepauschale ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist.

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

7. Innerhalb der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Krankenkassen wird die stationäre vertragsärztliche Tätigkeit mit Ausnahme der Nr. 4.1. dieses Vertrages wie folgt vergütet:

7.1. Dem anerkannten Belegarzt werden die Visiten im Krankenhaus je Patient nach der GOP 01414 vergütet. Beim jeweils ersten Aufsuchen der Belegklinik am Behandlungstag wird zusätzlich für den ersten visitierten Patienten die entsprechende Wegepauschale nach Nr. 6. vergütet. Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung von Besuchen ausgeschlossen.

7.2. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

7.3. Ferner gelten für die Vergütung des Belegarztes folgende Besonderheiten:

a) Leistungen, für die in der regionalen EUR-Gebührenordnung bei belegärztlicher Leistungserbringung ein Abschlag vorgesehen ist, werden entsprechend bewertet.

b) Leistungen der Kapitel 33 und 34 der regionalen EUR-Gebührenordnung werden mit 60 % der Sätze der Gebührenordnung bewertet; können diese Leistungen im Belegkrankenhaus nicht erbracht werden, werden sie mit den Sätzen der Gebührenordnung bewertet.

c) Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen des Kapitels 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung, die mit mindestens 6,00 EUR bewertet sind, werden mit den Sätzen der regionalen EUR-Gebührenordnung bewertet. Die Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen aus dem Kapitel 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in § 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

d) Alle übrigen Leistungen, die in der regionalen EUR-Gebührenordnung mit mehr als 6,00 EUR bewertet oder als Zuschlag beschrieben sind, werden mit dem vollen Satz der regionalen EUR-Gebührenordnung bewertet.

e) Leistungen, die in der regionalen EUR-Gebührenordnung mit weniger als 6,00 EUR bewertet sind, werden nicht vergütet.

7.4. Die reduzierten Vergütungssätze nach Nr. 7.3. gelten unabhängig davon, ob die Geräte dem Krankenhaus oder dem Belegarzt gehören.

7.5. Vom Belegarzt konsiliarisch oder mitbehandelnd hinzugezogene Vertragsärzte, die nicht selbst Belegärzte in demselben Belegkrankenhaus sind, rechnen ihre Leistungen nach den Bedingungen für die ambulant-kurative Versorgung ab.

Für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses zur Durchführung von Anästhesieleistungen wird dem Facharzt für Anästhesiologie für jeden Kranken einmal am Behandlungstag die GOP 05230 vergütet.

7.6. Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Punkte 7.1. bis 7.4. vergütet.

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten:

a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitschaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.

   Die Krankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.

   Der Belegarzt hat - ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers - gegenüber der KVH nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind.

b) Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.

   Dies gilt auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Krankenkassen ein Betrag von 3,07 EUR pro Patient und Pflegetag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflegetage.

7.8. Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung des Bereitschaftsdienstes vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr. 7.7. dieser Anlage, ohne dass es einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf.

8. Rechnungslegung

8.1. Die KVH stellt eine Rechnungslegung entsprechend der Regelungen dieses Vertrages sicher. In die Rechnung fließen die kassenindividuelle morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (höchstzulässige Obergrenze), Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß dieser Honorarvereinbarung und gesonderten vertraglichen Regelungen sowie durchlaufende Posten ein.

9. Honorar-Rückforderungen betreffend Leistungen außerhalb der MGV aus nachträglichen sachlich-rechnerischen Berichtigungen sowie Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind von der KVH an die Krankenkasse zurückzuzahlen. Die KV Hamburg teilt den Vertragspartnern die sich aus entsprechenden rechtskräftig abgeschlossenen Verfahren ergebende Beträge mit.

10. Honorarkürzungen, die die KV Hamburg wegen fehlenden Nachweises der fachlichen Fortbildung nach § 95d Abs. 3 SGB V vornimmt, sind anteilig für den Fall, der die Leistungen außerhalb der MGV betrifft, an die Krankenkasse zurückzuzahlen. Basis für die Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen ist der Anteil je Krankenkasse am Volumen der Leistungen außerhalb der MGV gemäß Formblatt (bereichseigen) des die Kürzung betreffenden Quartals. Die Rückzahlung erfolgt jeweils in dem Quartal, das auf das die Kürzung betreffenden Quartal folgt. Der Ausweis erfolgt im Formblatt, Kontenart 400, Vorgang 141.

11. Die Anrechnung von Kostenerstattungen nach § 13 Absatz 2 und § 53 Absatz 4 SGB V auf die MGV erfolgt nach Maßgabe gesonderter vertraglicher Regelungen.

12. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages und seiner Anlagen.

Hamburg, den 02.10.2014

Honorarvereinbarung 2015 vom 02.10.2014

Anlage 1

zur Honorarvereinbarung 2015

Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg

wird noch ausgeführt

Honorarvereinbarung 2015 vom 02.10.2014

<u>Anlage 2</u>

zur Honorarvereinbarung 2015

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß Beschluss des BA (333. Sitzung) und der honorarvertraglichen Regelung 2015 in Hamburg

1.	Vereinbarter bereinigter Leistungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im entsprechenden Quartal 2014 (Satzart: KASSRG87aMGV_SUM)

Anpassung aufgrund geänderter MGV-Abgrenzung zum Vorjahresquartal

2.	Anpassung auf geänderte MGV/EGV-Abgrenzung: Leistungsbedarf nach Ziffer 3.2.
2.1	Abzug ASV-Differenzbereinigung 2015 (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.3.
3.	Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 - 2 – 2.1

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

		a) GKV-weit	**b) Einzelkasse**
4.	Abgerechnete Leistungsmenge im entsprechenden Quartal 2014 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
5.	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106a SGB V		
6.	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 2. genannten Leistungen im entsprechenden Quartal 2014 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
7.	Leistungsmenge NVI im entsprechenden Quartal 2014 in Punkten (Satzart:		

	ARZTRG87aNVI_SUM bzw. _IK)		
8.	Anpassung um die Leistungsmenge NVI für die in Nr. 2. genannten Leistungen im entsprechenden Quartal 2014 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aNVI_SUM bzw. _IK)		
9.	Angepasste Leistungsmenge in Punkten = 4 – 5 – 6 – 7 + 8		
10.	Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf in Prozent = 9b / 9a		
11.	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = 3 * 10		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

12.	Anpassung Versichertenzahl: = 11 / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des entspr. Quartals 2014) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a des entspr. Quartals 2015)
13.	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 12 + [(durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten im entsprechenden Quartal 2014 gemäß 2.2.3, 314. BA) * (ANZVER87a im entsprechenden Quartal 2015 - ANZVER87a im entsprechenden Quartal 2014)]
14.	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate (3.6. Nr. 1): = 13 + [13 * 0,0454 %] (Schieberegler)

15.	Anpassung um weitere Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (3.6. Nr. 2): = 14 + [13 * 0,0277 %]

16.	derzeit nicht besetzt
17.	derzeit nicht besetzt
18.	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen gemäß Ziffer 3.7. der Honorarvereinbarung (negativ oder positiv)
19.	Berücksichtigung der Umsetzung des Beschlusses aus der 328. Sitzung des BA zur nachträglichen Bereinigung aufgrund der ASV für das 2. bis 4. Quartal 2014 im entsprechenden Quartal des Jahres 2015 (nicht basiswirksam) gem. 333. BA Teil A Ziffer 2.2.4 Der KV-spezifische Prozentsatz gem. Ziffer 2.2.1.3, Satz 2 (333. BA Teil A) ist mit dem kassenspezifischen Aufsatzwert gem. Ziffer 2.2.3 (333. BA Teil A) zu multiplizieren. = 13 x KV-spezifischer Prozentsatz
20.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: = **(15+/- 18-19)*0,104858** = Kassenspezifische MGV in Euro

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2015

Rechenweg des regionalen Punktwertzuschlags gem. Nr. 2 der Honorarvereinbarung 2015 (nach Dau, 2013; lt. BSG-Urteil 2017)

- basierend auf drei volkswirtschaftliche Indikatoren
    - Arbeitnehmerentgelt je Arbeitnehmer$_1$
    - Arbeitnehmerentgelt je geleisteter Arbeitsstunde$_2$
    - Bruttoinlandsprodukt je Einwohner$_3$
- es sind jeweils die Werte des (Vor-)vorjahres anzusetzen;
- als allgemein zugängliche Quelle dient das Gemeinsame Datenangebot der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder → http://www.vgrdl.de/VGRdL/ (für die Berechnung des regionalen Punktwertzuschlages des Jahres 2015 wird abschließend der Berechnungsstand: August 2017 / Februar 2018 verwendet. Spätere Korrekturen der verwendeten Berechnungsgrundlagen durch die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder bleiben unberücksichtigt.)
- im Folgenden werden die Ergebnisse der Berechnungsschritte 1. bis 5. sowie 7. in Prozent [%] und die Ergebnisse der Berechnungsschritte 6.1 bis 6.3 in EuroCent [cent] ausgewiesen

1. Prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

je volkswirtschaftlicher Indikator$_{1,2,3}$ gilt: $a_{1,2,3}$ = ((Wert_HH / Wert_Bund) * 100) - 100

2. Durchschnittliche, prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

arithmetisches Mittel der prozentualen Abweichungen $a_{1,2,3}$: $\bar{a} = 1/3 * (a_1 + a_2 + a_3)$

3. Schätzung der prozentualen Abweichung arztpraxisrelevanter Kosten $b_{Praxiskosten}$ in Hamburg vgl. zum Bund

auf Grundlage der durchschnittlichen, prozentualen Abweichung $\bar{a}$ (HH *vs.* Bund) der volkswirtschaftlichen Indikatoren gilt: $b_{Praxiskosten} = (\bar{a} / 2) - 1$ %

4. Schätzung des prozentualen Honorarzuschlags $c_{Personal/Miete}$ zum Ausgleich höherer Praxiskosten in Hamburg vgl. zum Bund

$b_{Praxiskosten}$ gilt mindestens für den Kostenblock Personal & Miete, für den ein Arzt etwa 30 % der Praxiskosten aufbringt, daher gilt: $c_{Personal/Miete} = b_{Praxiskosten} * 30\ \%$

5. Anpassung des Zuschlags $c_{Personal/Miete}$ aufgrund der betriebswirtschaftlichen Attraktivität Hamburgs

Begrenzung des prozentualen Zuschlags um 1/3 der Schätzung:

$$c_{Personal/Miete**} = c_{Personal/Miete} - (c_{Personal/Miete} / 3)$$

6. Anpassung des Zuschlags unter Berücksichtigung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr

6.1 Berechnung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr

$$d_{OPW_Differenz}\ [cent] = OPW_{aktuell}\ [cent] - OPW_{Vorjahr}\ [cent]$$

6.2 Berechnung des Zuschlags basierend auf $OPW_{Vorjahr}$:

$$e_{Zuschlag_OPW\ Vorjahr}\ [cent] = OPW_{Vorjahr}\ [cent] * c_{Personal/Miete**}$$

6.3 Berechnung des aktuellen Zuschlags abzüglich der Steigerung des OPWs zum Vorjahr

$$f_{Zuschlag\text{-}OPWSteigerung}\ [cent] = e_{Zuschlag_OPW\ Vorjahr}\ [cent] - d_{OPW_Differenz}\ [cent]$$

7. Berechnung des prozentualen, regionalen Punktwertzuschlags x

$$x = (f_{Zuschlag\text{-}OPWSteigerung}\ [cent] / OPW_{aktuell}\ [cent]) * 100$$

Protokollnotiz

zur
Honorarvereinbarung 2015

1. Die Partner dieser Vereinbarung sind sich darüber einig, dass andere zwischen Ihnen geschlossene Verträge durch den Abschluss dieser Vereinbarung unberührt bleiben.

2. Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung der Wegepauschalen vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr. 6. dieser Vereinbarung, ohne dass es diesbezüglich einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf. Die Partner dieser Vereinbarung werden prüfen, welche Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch eine Aufnahme der Wegepauschalen in den EBM notwendig wird, soweit nicht der Bewertungsausschuss entsprechende Regelungen verabschiedet.

3. unbesetzt

4. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Festsetzung des regionalen Punktwertes für 2013 durch den Schiedsspruch des Landesschiedsamtes in seiner Sitzung am 15.08.2013 in Bezug auf den festgesetzten Zuschlag von 2,083 % unter dem Aktenzeichen L 5 KA 68/13 KL Gegenstand einer Klage vor dem Landessozialgericht Hamburg ist.
Vor diesem Hintergrund steht der Zuschlag für 2015 in Ziffer 2. dieser Vereinbarung unter Vorbehalt.
Soweit nach bestandskräftiger Entscheidung des Rechtsstreits durch die Vertragspartner oder das Landesschiedsamt rechtskräftig andere Festsetzungen für 2013 getroffen werden, werden diese inhaltsgleich auch für das Jahr 2015 umgesetzt.

5. Sind Falschabrechnungen von Leistungen innerhalb der MGV für vergangene Abrechnungszeiträume aufgrund Rechnungsprüfung nach § 106a SGB V einvernehmlich oder durch rechtskräftiges Urteil festgestellt worden, so wird die betreffende kassenspezifische Leistungsmenge eines Abrechnungsquartals um das aus dem gesamten, vorangegangenen Prüfzeitraum ermittelte gesamte Punktzahlvolumen gekürzt. Diese Reduzierung der Leistungsmenge erfolgt spätestens im nächsten, auf die Einigung bzw. die Rechtskraft des Urteils folgenden Abrechnungsquartal. Eine rückwirkende Änderung der Datengrundlagen (ARZTRG- und KASSRG-Daten) zur Bestimmung der Aufsatzwerte findet nicht statt. Das Nähere ist in der Anlage 2 dieser Vereinbarung geregelt.

Hierdurch wird gewährleistet, dass die Berücksichtigung die insgesamt über alle Kassen zu zahlende MGV nicht verändert.

6. Die Vertragspartner stimmen des Weiteren darin überein, dass sofern die Abstimmung der Datengrundlagen für die sog. KASSRG87aMGV-Dateien nach Ziffer 2.2.1.1 des 333. BA Beschluss Teil A (1.) sowie die Abstimmung sonstiger, insbesondere der Datengrundlagen für die sog. ARZTRG87a-Dateien nach Ziffer 2.2.2. des 333. BA Beschluss Teil A (2.) vom Ausgang eines Rechtsstreits abhängig ist, wie folgt verfahren werden soll:

1. Feststellung des Behandlungsbedarfs (Ziffer 2.2.1.1 333. BA Beschluss Teil A)

Besteht Streit über die Höhe des konkret für die jeweilige Krankenkassen anzusetzenden Wertes können die KV Hamburg und die kassenspezifischen Gesamtvertragspartner bilateral ungeachtet der zugrunde liegenden Rechtspositionen zur pragmatischen Umsetzung einen Wert für die jeweilige Krankenkasse mit Wirkung für und gegen alle kassenspezifischen Gesamtvertragspartner und alle Krankenkassen mit der Maßgabe festsetzen, dass das rechtliche Schicksal des Streits im Falle einer rechtskräftigen Entscheidung ausschließlich Wirkung ab dem nächst erreichbaren Quartal entfalten kann.

Das Recht, sich aus diesem Grunde auf eine Nicht-Einigung über die Datengrundlagen zu berufen, ist ausgeschlossen.

2. Abstimmung sonstiger Datengrundlagen, insbesondere die sog. ARZTRG87a-Dateien nach Ziffer 2.2.2 des 333. BA Beschluss Teil A

Besteht Streit über sonstige Datengrundlagen und/oder die konkret festzusetzenden Werte zur Bestimmung der MGV 2015 zwischen der KV Hamburg und einer Krankenkasse mit Auswirkungen für und gegen alle anderen Krankenkassen, gilt das Vorgenannte (1.).

Das Recht, sich aus diesem Grunde auf eine Nicht-Einigung über die Datengrundlagen zu berufen, ist ebenfalls ausgeschlossen.

7. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Festsetzung der Gewichtung der Veränderungsraten anhand der Demografie (1/3) und anhand der Diagnosen (2/3) für 2013 durch den Schiedsspruch des Landesschiedsamtes in seiner Sitzung am 15.08.2013 nicht zum Gegenstand der unter dem Aktenzeichen L 1 KA 68/13 KL vor dem Landessozialgericht Hamburg geführten Klage gemacht wird bzw. sofern dies bereits geschehen ist, nicht weiter verfolgt wird.
Die rubrizierenden Krankenkassen/-verbände erklären vor diesem Hintergrund unbedingt und vorbehaltlos in Bezug auf die vorgenannte Festsetzung des Landesschiedsamtes den Klageverzicht bzw. den Verzicht auf eine entsprechende Klageerweiterung für den gesamten Instanzenzug.

Die Vertragspartner stimmen ferner darin überein, dass auch

- die einvernehmlich getroffene Fortschreibung der Gewichtungen für 2013 mit Wirkung für das Jahr 2014 (Ziffer 3.5. Nr. 1 der Honorarvereinbarung 2014) und die
- für 2015 einvernehmlich getroffene Gewichtung (Ziffer 3.6. Nr. 1 der Honorarvereinbarung 2015)

unveränderbar sind und nicht zum Gegenstand von Rechtsstreitigkeiten gemacht werden.

Mit der Regelung zu Ziffer 3.6. Nr. 1 der Honorarvereinbarung 2015 haben die Vertragspartner das Urteil des Bundessozialgerichts vom 13.08.2014 in der Sache B 6 KA 6/14 R - AOK Sachsen-Anhalt u.a. ./. Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung des Landes Sachsen-Anhalt gem. § 89 SGB V - für die KV-Region Hamburg umgesetzt.

Vor diesem Hintergrund stellen die Vertragspartner für die Jahre 2013, 2014 und 2015 fest, dass auch etwaige Rückabwicklungen in Bezug auf die Gewichtung der Veränderungsraten ausgeschlossen sind.

Zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**
und
der **AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse,**
dem **BKK-Landesverband NORDWEST,**
der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),**
der **IKK classic,**
der **Knappschaft,**
den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Hamburg**

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird folgende

Honorarvereinbarung 2016
i. d. F. des 4. Nachtrages vom 1. Januar 2016

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitlich vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2016“ Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Präambel

Diese Vereinbarung basiert auf den Beschlüssen des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses, im Folgenden (E)BA genannt. Vorgaben und/oder Empfehlungen gemäß der Beschlüsse des (E)BA finden Anwendung, soweit nicht im Folgenden Abweichendes vereinbart ist.

1. Regionale Gebührenordnung

Ambulante ärztliche Leistungen werden, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, nach der regionalen EUR-Gebührenordnung gemäß § 87a Absatz 2 Satz 5 SGB V (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) vergütet. Dies gilt auch für ambulante ärztliche Leistungen von Krankenhäusern in Notfällen.

2. Regionaler Punktwert

Der Punktwert zur Berechnung der regionalen EUR-Gebührenordnung (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) wird rückwirkend für das Jahr 2016 neu festgesetzt auf 10,6073 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 0,1712 Cent (1,640 %) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 10,4361 Cent als Orientierungswert.

Zur Ermittlung des vorgenannten Punktwertzuschlages wird der in Anlage 3 der Honorarvereinbarung 2016 beschriebene Rechenweg angewendet.

Die sich aus der Absenkung des vorläufig geführten regionalen Punktwertes (10,6535 Cent; siehe Ziffer 2. der Honorarvereinbarung 2016 i. d. F. vom 25.04.2016) um 0,0462 Cent für die Quartale I bis IV des Jahres 2016 ergebenden Rückzahlungsbeträge sind jeweils gesondert im entsprechenden Quartal I bis IV/ 2018 im Formblatt 3 in KV-spezifischen Vorgängen auszuweisen und mit der jeweiligen Schlussrechnung für die Quartale I - IV/2018 zu erstatten.

Die quartalszugehörige Korrektur (im Folgenden beispielhaft dargestellt für das 1. Quartal) erfolgt mit den Vorgängen 060-067:

Bezeichnungen:

- Vorgang 060 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2014 MGV
- Vorgang 061 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2014 EGV
- Vorgang 062 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2015 MGV
- Vorgang 063 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2015 EGV
- Vorgang 064 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2016 MGV
- Vorgang 065 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2016 EGV
- Vorgang 066 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2017 MGV
- Vorgang 067 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2017 EGV

Eine Saldierung der jeweiligen Beträge im Rechnungsbrief für die jeweilige Schlussrechnung des Quartals I bis IV/2018 ist zulässig.

Die Fälligkeit der Rückzahlungsbeträge tritt zum Zeitpunkt der Fälligkeit der jeweiligen Forderungen aus der jeweiligen Schlussrechnung für die Quartale I bis IV/2018 ein.

Die KV Hamburg wird eine Korrektur der Vergütungen von bereichsfremden Versicherten der KVH gegenüber den jeweiligen Wohnort-KVen im Rahmen der Richtlinie über den Fremdkassenzahlungsausgleich vornehmen.

3. Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des nach Maßgabe der nachstehenden Ziffern 3.1. bis 3.10. sowie den Vorgaben und Empfehlungen der BA-Beschlüsse (333. Sitzung unbefristeter Beschluss Teil A, angepasst durch den 379. BA und entsprechende Folgebeschlüsse) ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals und dem Punktwert nach Nr. 2. Die Berechnung erfolgt für jedes Quartal des Jahres 2016 getrennt.

3.1. Ausgangspunkt für die Berechnung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs ist die Feststellung des insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV Hamburg für das Vorjahresquartal basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß Ziffer 2.2.1.1 des 333. Beschlusses Teil A des BA angepasst durch den 379. BA und entsprechende Folgebeschlüsse.

3.2.
(1) Zur Berücksichtigung der im Vergleich mit den Vorjahresquartalen geänderten Abgrenzung morbiditätsbedingter von extrabudgetärer Gesamtvergütung ist der nach Ziffer 3.1. festgestellte, bereinigte Behandlungsbedarf gemäß den Vorgaben des BA-Beschlusses (333. Sitzung Beschluss Teil A (angepasst durch den 379. BA und entsprechende Folgebeschlüsse), Ziffer 2.2.1.2 i.V.m. 360. BA v. 19.08.2015 (Abgrenzungsbeschluss)) anzupassen.

(2) Von dem nach Ziffer 3.1. festgestellten, bereinigten Behandlungsbedarf sind danach die Punktmengen folgender Leistungsbereiche abzuziehen:

1. Leistungen nach der Ziffer 4.39. („Leistungen der Rheumatologie nach den GOP 13690 bis 13692“). Dabei wird die KV-spezifische Abstaffelungsquote gemäß 333. BA (angepasst durch den 379. BA und entsprechende Folgebeschlüsse) Ziffer 2.2.1.2 berechnet.
2. Leistungen nach Ziffer 4.38. („Zuschläge zur Onkologievereinbarung“) werden anteilig basiswirksam bereinigt. Hierzu werden die Abrechnungshäufigkeiten des Vorjahresquartals für die GOP 86510 und 86512 in den Fällen herangezogen, in denen sie von Fachärzten für Urologie oder Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die an der „Onkologie-Vereinbarung“ teilnehmen, abgerechnet werden. Diese Abrechnungshäufigkeiten werden mit der Punkt-

zahl von 191 Punkten bewertet und mit einer Abstaffelungsquote von 0,5 multipliziert.

3. Mit Wirkung ab dem 01.04.2016 Leistungen nach der Ziffer 4.41. („Verordnung von Soziotherapie“, GOP 30800, 30810, 30811). Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird abweichend vom 333. BA (angepasst durch den 379. BA und entsprechende Folgebeschlüsse) Ziffer 2.2.1.2 auf 1,0 festgesetzt.

(3) Zur Berücksichtigung der Empfehlung des 378. BA in seiner Sitzung vom 10.08.2016 zur Finanzierung der Höherbewertung der GOP 34291 zum 01.10.2016 wird die Nr. 4 des vorgenannten Beschlusses wie folgt umgesetzt:

1. Die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird im Zeitraum vom 4. Quartal 2016 bis zum 3. Quartal 2017 wird um den Mehrbedarf von 92 Punkten für jede tatsächlich in der Satzart ARZTRG87aKA_IK des entsprechenden Vorjahresquartals enthaltene GOP 34291 erhöht.
2. Die in diesem Absatz geregelten Bestimmungen werden in die Honorarvereinbarung 2017 aufgenommen.

3.3. Im Anschluss daran erfolgt gemäß Ziffer 2.2.1.3 des BA-Beschlusses (333. Sitzung Beschluss Teil A angepasst durch den 379. BA und entsprechende Folgebeschlüsse) für das jeweilige aktuelle Abrechnungsquartal der Abzug von Bereinigungsbeträgen aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V von dem festgestellten, bereinigten Behandlungsbedarf gem. Ziffer 3.2. dieser Vereinbarung.

3.4. Sofern Kassen gemäß 360. BA und 363. BA jeweils in der Fassung des 369. BA vom 15.12.2015 gem. Ziffer 4.7 auf eine Bereinigung verzichten, wird der gemäß Ziffer 3.3. der Honorarvereinbarung festgestellte Behandlungsbedarf gem. Ziffer 4.7 Nr. 7 des vorgenannten Beschlusses um die Summe der voraussichtlichen Bereinigungsvolumina aller betroffenen Kassen vermindert.

3.5.
(1) Der gemäß Ziffer 3.1. festgestellte und gemäß Ziffer 3.2. bis 3.4. angepasste Behandlungsbedarf wird gemäß Ziffer 2.2.2 des BA-Beschlusses (333. Sitzung Beschluss Teil A angepasst durch den 379. BA und entsprechende Folgebeschlüsse) unter Berücksichtigung der Prüfergebnisse nach § 106a SGB V auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt. Dabei wird sichergestellt, dass die dort in Bezug genommenen ARZTRG87aKA-Daten des Vorjahresquartals entsprechend der geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Abrechnungsquartal angepasst werden.

(2) Dabei wird ferner sichergestellt, dass die Berücksichtigung der sich aus kassenseitigen Prüfanträgen ergebenden Korrekturen die insgesamt über alle Kassen zu zahlende MGV nicht verändert.

(3) Der aufgeteilte Behandlungsbedarf wird für jede betroffene Krankenkasse gemäß 360. BA und 363. BA jeweils in der Fassung des 369. BA vom 15.12.2015 gem. Ziffer 4.7 Nr. 7 des vorgenannten Beschlusses um die voraussichtlichen Bereinigungsvolumina der jeweiligen Kasse erhöht. Die Summe der Erhöhung darf maximal dem Abzug in Ziffer 3.4. entsprechen.

(4) Es erfolgt eine basiswirksame Anhebung des Behandlungsbedarfs im gesamten Jahr 2016 aufgrund der Aufhebung des Investitionskostenabschlags durch den 388. BA in Verbindung mit dem 382. BA, geändert durch den 384. BA, für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von insgesamt 8.072.000 Punkten. Diese Anhebung wird gleichmäßig auf die vier Quartale des Jahres 2016 verteilt (2.018.000 Punkte je Quartal). Hierzu wird der gemäß Ziffer 3.5 Abs. 1 bis 3 auf die einzelne Krankenkasse aufgeteilte Behandlungsbedarf in jedem Quartal um den kassenspezifischen Anteil an 2.018.000 Punkten erhöht. Der kassenspezifische Anteil im jeweiligen Quartal berechnet sich aus der Division von Feld 05 (LB_EURO_GO) durch Feld 06 (Summe der LB_EURO_GO) der Datenlieferung nach Satzart AST_KRHS_C des jeweiligen Quartals für das jeweilige Abrechnungs-IK der Krankenkasse.

3.6. Der so auf die Kassen aufgeteilte Behandlungsbedarf ist anschließend gemäß Ziffer 2.2.3 des BA-Beschlusses (333. Sitzung Beschluss Teil A angepasst durch den 379. BA und entsprechende Folgebeschlüsse) zur Berücksichtigung der Änderungen in der Versichertenzahl einschließlich der damit einhergehenden Anpassung aufgrund der Bereinigungsmenge je Versicherten anzupassen. Die Berücksichtigung der in der Datenlieferung ANZVER87a ausgewiesenen Personengruppen erfolgt dabei in Anwendung der für die jeweilige Krankenkasse zutreffenden gesamtvertraglichen Regelung.

3.7. Der kassenspezifische Behandlungsbedarf gemäß Ziffer 3.6. wird aufgrund der Höherbewertung der antragspflichtigen Psychotherapieleistungen durch den 43. EBA Teil A reduziert. Die kassenspezifisch abzuziehenden Punktmengen werden quartalsbezogen nach den Vorgaben des 43. BA Teil B berechnet. Sie werden für jede Kasse und jedes Quartal in getrennten kassenartenspezifischen Protokollnotizen festgehalten. Die einvernehmlich festgestellte Punktmenge beträgt GKV-weit insgesamt 22.223.981,4 Punkte. Im 1. bis 4. Quartal 2016 sind zudem die Änderungen des 380. BA-Beschlusses zu berücksichtigen. Hierzu sind die o.g. Punktmenge bzw. die Punktmengen in den kassenartenspezifischen Protokollnotizen im 1. bis 4. Quartal 2016 wie folgt anzupassen: Die genannten Werte werden durch die bei der Berechnung verwendete Versichertenzahl 2015 dividiert und mit der Versichertenzahl 2016 multipliziert. Die Abstimmung der angepassten Punktmengen erfolgt im Rahmen der MGV-Abstimmung für das betreffende Quartal. Nach Abschluss aller Anpassungen wird die KVH die angepasste Punktsumme für die GKV den Vertragspartnern nachrichtlich mitteilen.

3.8. In den Quartalen 3/2016 bis 2/2017 wird der kassenspezifische Behandlungsbedarf gemäß Ziffer 3.7. aufgrund der Überarbeitung der humangenetischen Leistungen durch den Beschluss des BA in seiner 372. Sitzung am 11.03.2016 basiswirksam abgesenkt. Hierzu wird in jedem Quartal die Summe von 418.809 Euro durch Division durch den regionalen Punktwert gemäß Ziffer 2. in Punkte umgerechnet, anhand der Versichertenzahlen gemäß Ziffer 3.6. auf die einzelnen Kassen aufgeteilt und kassenspezifisch in Abzug gebracht.

3.9. Der so kassenspezifisch ermittelte Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal ist wie folgt gemäß Ziffer 2.2.4 der BA-Beschlüsse (333. Sitzung Beschluss Teil A angepasst durch den 379. BA und entsprechende Folgebeschlüsse) fortzuentwickeln:

- Berücksichtigung der Morbiditätsveränderung gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gemäß dem BA-Beschluss (359. BA am 12.08.2015). Dabei erfolgt die Gewichtung der gemäß BA-Beschluss berechneten Veränderungsraten zu 50 % anhand der Demografie (0,0078 % x 50 % = 0,0039 %) und zu 50 % anhand der Diagnosen (2,1607 % x 50 % = 1,0804 %). Der Aufsatzwert wird damit um 1,0843 % erhöht.

3.10.
(1) Für Neueinschreiber in bzw. Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen erfolgt eine Differenzbereinigung gemäß dem 360. BA vom 19.08.15 (Bereinigungsbeschluss) in Verbindung mit dem 369. BA (Sitzung am 15.12.2015). Es sind außer in den Fällen der Absätze 2 und 3 zwingend die Regelungen gesonderter Bereinigungsvereinbarungen zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der KV Hamburg zu berücksichtigen.

(2) In Fällen der KV-übergreifenden Bereinigung gemäß dem 360. BA Ziffer 4.5, in denen die Krankenkasse oder der für sie zuständige Partner der Gesamtverträge verlangt, dass das geltende Bereinigungsverfahren der Vertrags-KV umgesetzt wird, sind die hierzu getroffenen verbindlichen Vorgaben des 360. BA und etwaiger Folgebeschlüsse einzuhalten und anzuwenden.

(3) Das gleiche gilt für Fälle, in denen Krankenkassen gemäß dem 360. BA in Verbindung mit dem 369. BA (Sitzung am 15.12.2015) Ziffer 4.7 in Verbindung mit dem 363. BA (schriftliche Beschlussfassung) in Verbindung mit dem 369. BA (Sitzung am 15.12.2015) auf eine Bereinigung verzichten können.

3.11. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4. dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht kann ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V unter zwingender Beachtung der Empfehlungen des BA-Beschlusses gem. § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 (333. Sitzung am 20. August 2014) begründet werden. Insbesondere kann keine Nachschusspflicht aus Regelungen zur Honorarverteilung resultieren.

3.12. Für den Fall von Kassenfusionen vereinbaren die Vertragspartner, dass soweit zwischen den jeweiligen Gesamtvertragspartnern nicht etwas anderes vereinbart ist, der kassenspezifische Anteil gemäß Ziffer 3.5. der Summe der Anteile der fusionierten Krankenkassen entspricht.

3.13.
(1) Die Vertragspartner vereinbaren eine nicht basiswirksame Förderungssumme in Höhe von insgesamt 7 Mio. EUR. Hierbei sind diese von den Krankenkassen extrabudgetär zur Verfügung gestellten Mittel

- in Höhe von 3 Mio. EUR für die Förderung der Behandlung chronischer Patienten nach den GOP 03220 und 04220 EBM,
- in Höhe von 500.000 EUR für die Förderung der sozialpädiatrisch orientierten eingehenden Beratung nach der GOP 04355 EBM und

- in Höhe von 3,5 Mio. EUR für die Förderung der Erbringung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) nach dem EBM. (GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13644, 13694, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 21225, 22216, 23216, 26220, 27220 EBM)

zu verwenden.

(2) Zur kassenseitigen Umsetzung dieser Förderung werden die o. g. Einzelbeträge gleichmäßig auf die vier Quartale 2016 aufgeteilt. Die quartalsbezogenen Einzelbeträge werden anhand der kassenindividuellen Inanspruchnahme der o. g. geförderten Leistungen im Vorjahresquartal (gemäß ARZTRG87aKA_IK-Datensätzen) auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt.

(3) Die Rechnungslegung der Förderung erfolgt mit einfachem Rechnungsbrief als Summenpositionen getrennt nach den o. g. Förderbereichen.

4. Extrabudgetär vergütete Leistungen

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden folgende Leistungen des EBM von den Krankenkassen vergütet:

4.1. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe),

4.2. Leistungen des Kapitels 31 sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,

4.3. Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

4.4. Früherkennungsuntersuchungen nach der GOP 01723 (U 7 a),

4.5. Leistungen des Hautkrebsscreenings nach der GOP 01745, 01746,

4.6. Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

4.7. Leistungen der Strahlentherapie nach Kapitel 25 (GOP 25210 bis 25342) sowie Kostenpauschalen der Strahlentherapie nach Kapitel 40.15 (GOP 40840, 40841),

4.8. Phototherapeutische Keratektomien nach der GOP 31362, 31734, 31735 und 40680,

4.9. mit Wirkung ab dem 01.01.2016 Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:
01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08540-08542, 08540X bis 08542X, 08550 bis 08552, 08550X bis 08552X, 08560, 08560X, 08561, 08561X, 08570 - 08574, 08570X bis 08574X, 11311X, 11312X, 11320X bis 11322X, 11320Z bis 11322Z, 11330X bis 11334X, 11351X, 11352X, 11354X, 11360X, 11361X, 11370X bis 11372X,

11380X, 11390X, 11391X, 11395X, 11396X, 11400X, 11401X, 11403X, 11404X, 11410X bis 11412X, 11420X bis 11422X, 11430X bis 11434X, 11440X bis 11443X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X, 36822X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den GOP 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32660X, 32781X, 32614X und 32618X.

Der vorstehende und ggf. 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.

Mit Wirkung ab dem 01.07.2016 Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:
01510X bis 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08540 bis 08542, 08540X bis 08542X, 08550 bis 08552, 08550X bis 08552X, 08560, 08560X, 08561, 08561X, 08570 bis 08574, 08570X bis 08574X, 11301X, 11302X, 11351X, 11352X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X und 36822X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X und 32781X.

Der vorstehende und ggf. 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,

4.10. Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den GOP 01950 bis 01952,

4.11. Excisionen beim Hautkrebsscreening nach den GOP 10343 und 10344,

4.12. Leistungen der Schmerztherapie nach Abschnitt 30.7.1. gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V,

4.13. Leistungen der Abschnitte 4.5.4 EBM (pädiatrische Nephrologie und Dialyse) und 13.3.6 (Nephrologie und Dialyse) EBM (ohne GOP 13620 - 13622) sowie die GOP 04000, 04040 und 04230 EBM, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden; einschließlich der leistungsbezogenen Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlungen mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahrens des Abschnitts 40.14 EBM,

4.14. unbesetzt,

4.15. Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nach der GOP 13620 bis 13622 einschließlich der Sachkosten,

4.16. Kostenpauschalen nach den GOP 01425 und 01426 zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Die Rechnungslegung der Gebührenordnungspositionen 01425 und 01426 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 406, Ebene 6,

4.17. Spezialisierte Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922 und 30924,

4.18. Leistungen nach den GOP 30930 bis 30935 (neuropsychologische Therapie),

4.19. Leistungen nach den GOP 32821 und 32822 (genotypische Untersuchungen auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus),

4.20. Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882,

4.21. Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger nach den GOP 01955 und 01956 des Abschnittes 1.8 im EBM,

4.22. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Neugeborenen-Hörscreening) nach den GOP 01704, 01705 und 01706 des Abschnittes 1.7.1 im EBM,

4.23. Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung nach der GOP 01833 des Abschnittes 1.7.5 im EBM,

4.24. Leistungen und Kosten im Rahmen der Balneophototherapie nach der GOP 10350 des Abschnittes 10.3 des EBM,

4.25. Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach den GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956,

4.26. Leistungen des Kapitels 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150) der in § 87b Absatz 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen, („Psychotherapie“),

4.27. Leistungen nach den GOP 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 und 01418 (Haus- und Heimbesuche),

4.28. Leistungen nach den GOP 01776, 01777 und 01812 EBM (Screening auf Gestationsdiabetes),

4.29.
(1) Von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachte Hämato-/Onkologischen Zusatzpauschalen (GOP 13500 bis 13502), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie ta-

gesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie
von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachten Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 08345), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie
von Fachärzten für Urologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachte Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 26315 EBM), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111 EBM) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512 EBM), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden.

(2) Die genannten Leistungen werden zur Abgrenzung gegenüber den von anderen Arztgruppen erbrachten Leistungen, die innerhalb der MGV verbleiben, nach Maßgabe der KV Hamburg gekennzeichnet,

4.30. Zuschlag für Hyposensibilisierungsbehandlungen (GOP 30130, 30131) nach 3 Jahren Behandlungsdauer in Höhe von 100 EUR einmal je Patient (GOP 98000). Dieser Zuschlag ist nicht für Behandlungen von Insektenstichallergien berechnungsfähig,

4.31. Leistung gemäß GOP 34601 (Osteodensitometrische Untersuchung II),

4.32. Leistungen gemäß den GOP 04528, 04529, 13425 und 13426 (Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms),

4.33. Leistungen gemäß den GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 (intravitreale Medikamenteneingabe),

4.34. Leistungen gemäß den GOP 03060, 03062 und 03063 („Förderung von Leistungen und Strukturen im hausärztlichen Versorgungsbereich“),

4.35. Leistungen gemäß den GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222 und 27222 („Förderung von Leistungen und Strukturen im fachärztlichen Versorgungsbereich“),

4.36. Leistungen der Sozialpädiatrie gemäß der GOP 04356 („Förderung von Leistungen und Strukturen im hausärztlichen Versorgungsbereich“),

4.37. die Kostenpauschale nach der GOP 40582 („Sachkosten im Zusammenhang mit der Radionuklidtherapie bei Verwendung von Radium-223-dichlorid“),

4.38.
(1) die GOP 99345 und 99315 als Zuschlag auf die GOP 86510 oder 86512 nach der „Onkologie-Vereinbarung“.

(2) Die GOP 99345 kann nur von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe abgerechnet werden, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der „Onkologie-Vereinbarung“ verfügen. Die Leistungsinhalte, Abrechnungsbestimmungen und Abrechnungsausschlüsse der GOP 08345 EBM gelten ebenso für die GOP 99345.

(3) Die GOP 99315 kann nur von Fachärzten für Urologie abgerechnet werden, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der „Onkologie-Vereinbarung“ verfügen. Die Leistungsinhalte, Abrechnungsbestimmungen und Abrechnungsausschlüsse der GOP 26315 EBM gelten ebenso für die GOP 99315.

(4) Die GOP 99345 und 99315 werden jeweils mit einer Punktzahl von 191 Punkten bewertet. Den Vertragspartnern ist bewusst, dass sich die Höhe der vorstehenden Bewertung aus der Bewertung der GOP 08345 bzw. 26315 EBM ergibt und zukünftige Änderungen dieser EBM-Bewertung entsprechende Anpassungen des Zuschlags zur Folge haben,

4.39. Leistungen der Rheumatologie nach den GOP 13690 bis 13692,

4.40. Leistungen nach den GOP des Abschnitts 34.7 EBM sowie die Kostenpauschale 40584 („Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)“),

4.41. mit Wirkung ab dem 1. April 2016 Leistungen nach den GOP 30800, 30810 und 30811 („Verordnung von Soziotherapie“),

4.42. mit Wirkung ab dem 1. Juli 2016 Leistungen nach den GOP 30980, 30981, 30984, 30985, 30986 und 30988 („spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung gemäß § 118a SGB V“),

4.43. mit Wirkung ab dem 1. Juli 2016 Leistungen nach den GOP 11449 und 11514 EBM sowie den Abschnitten 19.4.2 und 19.4.4 EBM („humangenetische Leistungen“),

4.44. mit Wirkung ab dem 01.07.2016 Leistungen nach den GOP 38200 und 38205 („Delegationsfähige Leistungen“),

4.45. mit Wirkung ab 01.07.2016 Leistungen nach den GOP 37100, 37102, 37105, 37113 und 37120 („ärztliche Kooperations- und Koordinationsleistungen nach § 119b Abs. 2 SGB V“),

4.46. mit Wirkung ab dem 01.07.2016 Leistungen nach den GOP 11304, 19406, 32865 und 32911 („Humangenetische Leistungen“),

4.47. mit Wirkung ab dem 01.10.2016 die Kostenpauschale nach der GOP 40306 („Kosten im Zusammenhang mit der Qesü-RL für Perkutane Koronarinterventionen [PCI] und Koronarangiographien“).

4.48. mit Wirkung ab dem 01.10.2016 Leistungen nach den GOP 01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397,

13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701 („Medikationsplan“)

5. Zuschläge auf besonders förderungswürdige Leistungen

Für Leistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.2 und 1.7.4 des EBM exklusive der Leistungen nach den Ziffern 4.4., 4.5. und 4.22. dieses Vertrages wird ein Zuschlag in Höhe von 0,2203 Cent auf den regionalen Punktwert nach Nr. 2 gezahlt.

6. Wegepauschalen

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

6.1. Für jeden Besuch nach den GOP 01410, 01411, 01412, 01721, 01415 oder 01418 sowie für die erste Visite nach der GOP 01414 genannten Einrichtungen sowie einmal zu Leistungen nach der GOP 05230 eine Wegepauschale nach Wegebereichen und Besuchszeiten in folgender Höhe:

a) Pauschale für Besuche nach den GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

3,53 EUR (Abrechnungsnummer: 97234);

b) Pauschale für Besuche nach den GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97235);

c) Pauschale für Besuche nach den GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

10,14 EUR (Abrechnungsnummer: 97236);

d) Pauschale für Besuche nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97237);

e) Pauschale für Besuche nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

10,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97238);

f) Pauschale für Besuche nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

14,55 EUR (Abrechnungsnummer: 97239);

g) Pauschale für einen Besuch nach den GOP 01410 oder 01414 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

11,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97160);

h) Pauschale für einen Besuch nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

16,32 EUR (Abrechnungsnummer: 97161).

6.2. Die Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet. Die KVH stellt jedem Vertragsarzt hierfür eine Karte im Maßstab 1 : 50.000 zur Verfügung, auf der sowohl der Praxissitz als auch die Grenzen für den Rand und den Fernbereich eingezeichnet sind.

6.3. Die Wegepauschalen sind je Besuch bzw. Visite unabhängig davon berechnungsfähig, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung der jeweiligen Wegepauschale nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines der drei Wegebereiche.

6.4. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale der KVH mit einem Fahrdienst ausgeführt, so werden die Beträge für Wegeentschädigungen nicht an den Arzt abgeführt, sondern als Kosten des Notfalldienstes einbehalten. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale nicht mit einem Fahrdienst, sondern im eigenen Wagen des Arztes ausgeführt, so erhält der Arzt in einem generell im Notfalldienst mit Fahrdienst befahrenen Bezirk den von den Kostenträgern gem. der Verträge über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen vom 13.03.2006 in der jeweils gültigen Fassung zu zahlenden Pauschalbetrag. Dies gilt nicht für Leistungen, die von Vertragsärzten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten sowie bei gegenseitiger Vertretung erbracht werden.

6.5. Für die Berechnung der Wegepauschale ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist.

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

7. Belegärztliche Leistungen

Innerhalb der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Krankenkassen wird die stationäre vertragsärztliche Tätigkeit mit Ausnahme der Nr. 4.1. dieses Vertrages wie folgt vergütet:

7.1. Dem anerkannten Belegarzt werden die Visiten im Krankenhaus je Patient nach der GOP 01414 vergütet. Beim jeweils ersten Aufsuchen der Belegklinik am Behandlungstag wird zusätzlich für den ersten visitierten Patienten die entsprechende Wegepauschale nach Nr. 6. vergütet. Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung von Besuchen ausgeschlossen.

7.2. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

7.3. Ferner gelten für die Vergütung des Belegarztes folgende Besonderheiten:

a) Leistungen, für die in der regionalen EUR-Gebührenordnung bei belegärztlicher Leistungserbringung ein Abschlag vorgesehen ist, werden entsprechend bewertet.

b) Leistungen der Kapitel 33 und 34 der regionalen EUR-Gebührenordnung werden mit 60 % der Sätze der Gebührenordnung bewertet; können diese Leistungen im Belegkrankenhaus nicht erbracht werden, werden sie mit den Sätzen der Gebührenordnung bewertet.

c) Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen des Kapitels 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung, die mit mindestens 6,00 EUR bewertet sind, werden mit den Sätzen der regionalen EUR-Gebührenordnung bewertet. Die Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen aus dem Kapitel 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in § 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

d) Alle übrigen Leistungen, die in der regionalen EUR-Gebührenordnung mit mehr als 6,00 EUR bewertet oder als Zuschlag beschrieben sind, werden mit dem vollen Satz der regionalen EUR-Gebührenordnung bewertet.

e) Leistungen, die in der regionalen EUR-Gebührenordnung mit weniger als 6,00 EUR bewertet sind, werden nicht vergütet.

7.4. Die reduzierten Vergütungssätze nach Nr. 7.3. gelten unabhängig davon, ob die Geräte dem Krankenhaus oder dem Belegarzt gehören.

7.5. Vom Belegarzt konsiliarisch oder mitbehandelnd hinzugezogene Vertragsärzte, die nicht selbst Belegärzte in demselben Belegkrankenhaus sind, rechnen ihre Leistungen nach den Bedingungen für die ambulant-kurative Versorgung ab.

Für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses zur Durchführung von Anästhesieleistungen wird dem Facharzt für Anästhesiologie für jeden Kranken einmal am Behandlungstag die GOP 05230 vergütet.

7.6. Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Punkte 7.1. bis 7.4. vergütet.

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten:

a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitschaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.

   Die Krankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.

   Der Belegarzt hat - ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers - gegenüber der KVH nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind.

b) Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.

Dies gilt auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Krankenkassen ein Betrag von 3,07 EUR pro Patient und Pflegetag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflegetage.

7.8. Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung des Bereitschaftsdienstes vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr. 7.7. dieser Anlage, ohne dass es einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf.

8. Rechnungslegung

Die KVH stellt eine Rechnungslegung entsprechend der Regelungen dieses Vertrages sicher. In die Rechnung fließen die kassenindividuelle morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (höchstzulässige Obergrenze), Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß dieser Honorarvereinbarung und gesonderten vertraglichen Regelungen sowie durchlaufende Posten ein.

9. Sachlich-rechnerische Berichtigungen

Honorar-Rückforderungen betreffend Leistungen außerhalb der MGV aus nachträglichen sachlich-rechnerischen Berichtigungen sowie Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind von der KVH an die jeweilige Krankenkasse zurückzuzahlen. Die KVH teilt den Vertragspartnern die sich aus entsprechenden rechtskräftig abgeschlossenen Verfahren ergebende Beträge mit.

10. Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V

Honorarkürzungen, die die KVH wegen fehlenden Nachweises der fachlichen Fortbildung nach § 95d Abs. 3 SGB V vornimmt, sind anteilig für den Fall, der die Leistungen außerhalb der MGV betrifft, an die Krankenkasse zurückzuzahlen. Basis für die Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen ist der Anteil je Krankenkasse am Volumen der Leistungen außerhalb der MGV gemäß Formblatt (bereichseigen) des die Kürzung betreffenden Quartals. Die Rückzahlung erfolgt jeweils in dem übernächsten Quartal, das auf das die Kürzung betreffenden Quartal folgt. Der Ausweis erfolgt im Formblatt, Kontenart 400, Vorgang 141.

11. Kostenerstattung

Die Anrechnung von Kostenerstattungen nach § 13 Absatz 2 und § 53 Absatz 4 SGB V auf die MGV erfolgt nach Maßgabe gesonderter vertraglicher Regelungen.

12. Verspätet eingereichte Behandlungsausweise

Verspätet eingereichte Behandlungsausweise werden dem Quartal des Zeitpunktes der Einreichung zugerechnet, mit den Behandlungsausweisen des Abrechnungsquartals zusammengeführt und nach den Bestimmungen des Verteilungsmaßstabes vergütet, die zum Zeitpunkt der Einreichung gelten. Dies gilt nicht, soweit hinsichtlich der abgerechneten Leistungen zwischenzeitlich Änderungen des EBM bzw. der Vergütungsstruktur und -höhe erfolgt sind. Insoweit erfolgt die Vergütung zu den Bedingungen des Abrechnungsquartals der Leistungserbringung. Den Krankenkassen dürfen durch die Zurechnung verspätet eingereichter Behandlungsausweise gegenüber dem Quartal der Erbringung der Leistung keinerlei zusätzliche finanzielle Belastungen entstehen.

13. Sonstiges

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages und seiner Anlagen.

Hamburg, den 25.04.2016

Honorarvereinbarung 2016 vom 25.04.2016

Anlage 1

zur Honorarvereinbarung 2016

Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg

wird noch ausgeführt

Honorarvereinbarung 2016 vom 25.04.2016

<u>Anlage 2</u>

zur Honorarvereinbarung 2016

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß Beschluss des BA (333. Sitzung (angepasst durch den 379. BA und entsprechende Folgebeschlüsse)) und der honorarvertraglichen Regelung 2016 in Hamburg

1.	Vereinbarter bereinigter Leistungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im entsprechenden Quartal 2015 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	Anpassung auf geänderte MGV/EGV-Abgrenzung: Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.2. Absatz 1 - 2 der Honorarvereinbarung
2a.	Anpassung aufgrund Ziffer 3.2. Absatz 3 der Honorarvereinbarung
3.	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung 2016 (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.3. der Honorarvereinbarung
4.	Abzug Summe der voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.4. der Honorarvereinbarung
5.	Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 - 2 + 2a ± 3 - 4

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

		a) GKV-weit	**b) Einzelkasse**
6.	Abgerechnete Leistungsmenge im entsprechenden Quartal 2015 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4 der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen 2) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen.		

	Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen 1), werden nachträglich hinzuaddiert.		
7.	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106a SGB V		
8.	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 2 genannten Leistungen im entsprechenden Quartal 2015 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
9.	Angepasste Leistungsmenge in Punkten = 6 - 7 - 8		
10.	Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf in Prozent = 9b / 9a		
11.	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = 5 * 10		
12.	Hinzuaddieren des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht gemäß Ziffer 3.5. der Honorarvereinbarung		
12a	Durchführung der basiswirksamen Anhebung der kassenspezifischen Behandlungsbedarfe im Jahr 2016 gemäß Ziffer 3.5. Absatz 4 der Honorarvereinbarung (Aufhebung des Investitionskostenabschlags) Je Quartal = (¼ x 8.072.000 Punkte) * (Feld 05 der Satzart AST_KRHS_C je IK) / (Feld 06 der Satzart AST_KRHS_C)		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

13.	Anpassung Versichertenzahl: = (11 + 12+12a) / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des entspr. Quartals 2015) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a des entspr. Quartals 2016)
14.	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 13 + [(durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten im entsprechenden Quartal 2015 gem. 2.2.3 333. BA (angepasst durch den 379. BA und entsprechende Folgebeschlüsse)) * (ANZVER87a im entsprechenden Quartal 2016 - ANZVER87a im entsprechenden Quartal 2015)]
15.	Abzug der kassenspezifisch ermittelten Beträge gem. Ziffer 3.7. der Honorarvereinbarung (Psychotherapie-Nachbereinigung) = 14 - Punktmenge Psychotherapie-Nachbereinigung
16.	Ab 01.07.2016: Abzug aufgrund der Überarbeitung der humangenetischen Leistungen gemäß Ziffer 3.8. der Honorarvereinbarung = 15 – Punktmenge Absenkung
17.	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate (gem. Ziffer 3.9. der Honorarvereinbarung): = 16 + (16 * 1,0843 %)
18.	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen gemäß Ziffer 3.10. der Honorarvereinbarung (negativ oder positiv)
19.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert gem. Ziffer 2. der Honorarvereinbarung: = (17 ± 18) * 0,106535 = Kassenspezifische MGV in Euro

Um nachträgliche Korrekturen des jeweiligen Formblatts 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGV vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGV-Berechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2016

Rechenweg des regionalen Punktwertzuschlags gem. Nr. 2 der Honorarvereinbarung 2016 (nach Dau, 2013; lt. BSG-Urteil 2017)

- basierend auf drei volkswirtschaftliche Indikatoren
    - Arbeitnehmerentgelt je Arbeitnehmer$_1$
    - Arbeitnehmerentgelt je geleisteter Arbeitsstunde$_2$
    - Bruttoinlandsprodukt je Einwohner$_3$
- es sind jeweils die Werte des (Vor-)vorjahres anzusetzen;
- als allgemein zugängliche Quelle dient das Gemeinsame Datenangebot der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder → http://www.vgrdl.de/VGRdL/ (für die Berechnung des regionalen Punktwertzuschlages des Jahres 2016 wird abschließend der Berechnungsstand: August 2017 / Februar 2018 verwendet. Spätere Korrekturen der verwendeten Berechnungsgrundlagen durch die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder bleiben unberücksichtigt.)
- im Folgenden werden die Ergebnisse der Berechnungsschritte 1. bis 5. sowie 7. in Prozent [%] und die Ergebnisse der Berechnungsschritte 6.1 bis 6.3 in EuroCent [cent] ausgewiesen

1. Prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

je volkswirtschaftlicher Indikator$_{1,2,3}$ gilt: $a_{1,2,3}$ = ((Wert_HH / Wert_Bund) * 100) - 100

2. Durchschnittliche, prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

arithmetisches Mittel der prozentualen Abweichungen $a_{1,2,3}$: $\bar{a} = 1/3 * (a_1 + a_2 + a_3)$

3. Schätzung der prozentualen Abweichung arztpraxisrelevanter Kosten $b_{Praxiskosten}$ in Hamburg vgl. zum Bund

auf Grundlage der durchschnittlichen, prozentualen Abweichung $\bar{a}$ (HH *vs.* Bund) der volkswirtschaftlichen Indikatoren gilt: $b_{Praxiskosten} = (\bar{a} / 2) - 1\ \%$

4. Schätzung des prozentualen Honorarzuschlags $c_{Personal/Miete}$ zum Ausgleich höherer Praxiskosten in Hamburg vgl. zum Bund

$b_{Praxiskosten}$ gilt mindestens für den Kostenblock Personal & Miete, für den ein Arzt etwa 30 % der Praxiskosten aufbringt, daher gilt: $c_{Personal/Miete} = b_{Praxiskosten} * 30\ \%$

5. Anpassung des Zuschlags $c_{Personal/Miete}$ aufgrund der betriebswirtschaftlichen Attraktivität Hamburgs

Begrenzung des prozentualen Zuschlags um 1/3 der Schätzung:

$$c_{Personal/Miete**} = c_{Personal/Miete} - (c_{Personal/Miete} / 3)$$

6. Anpassung des Zuschlags unter Berücksichtigung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr

6.1 Berechnung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr

$$d_{OPW_Differenz}\ [cent] = OPW_{aktuell}\ [cent] - OPW_{Vorjahr}\ [cent]$$

6.2 Berechnung des Zuschlags basierend auf $OPW_{Vorjahr}$:

$$e_{Zuschlag_OPW\ Vorjahr}\ [cent] = OPW_{Vorjahr}\ [cent] * c_{Personal/Miete**}$$

6.3 Berechnung des aktuellen Zuschlags abzüglich der Steigerung des OPWs zum Vorjahr

$$f_{Zuschlag\text{-}OPWSteigerung}\ [cent] = e_{Zuschlag_OPW\ Vorjahr}\ [cent] - d_{OPW_Differenz}\ [cent]$$

7. Berechnung des prozentualen, regionalen Punktwertzuschlags x

$$x = (f_{Zuschlag\text{-}OPWSteigerung}\ [cent] / OPW_{aktuell}\ [cent]) * 100$$

Protokollnotiz
zur
Honorarvereinbarung 2016

1. Die Partner dieser Vereinbarung sind sich darüber einig, dass andere zwischen Ihnen geschlossene Verträge durch den Abschluss dieser Vereinbarung unberührt bleiben.

2. Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung der Wegepauschalen vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr. 6. dieser Vereinbarung, ohne dass es diesbezüglich einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf. Die Partner dieser Vereinbarung werden prüfen, welche Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch eine Aufnahme der Wegepauschalen in den EBM notwendig wird, soweit nicht der Bewertungsausschuss entsprechende Regelungen verabschiedet.

3. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Festsetzung des regionalen Punktwertes für 2013 durch den Schiedsspruch des Landesschiedsamtes in seiner Sitzung am 15.08.2013 in Bezug auf den festgesetzten Zuschlag von 2,083 % unter dem Aktenzeichen B 6 KA 5/16 R Gegenstand einer Klage vor dem Bundessozialgericht ist.
Vor diesem Hintergrund steht der Zuschlag für 2016 in Ziffer 2. dieser Vereinbarung unter Vorbehalt.
Soweit nach bestandskräftiger Entscheidung des Rechtsstreits durch die Vertragspartner oder das Landesschiedsamt rechtskräftig andere Festsetzungen für 2013 getroffen werden, werden diese inhaltsgleich auch für das Jahr 2016 umgesetzt.

4. Sind Falschabrechnungen von Leistungen innerhalb der MGV für vergangene Abrechnungszeiträume aufgrund Rechnungsprüfung nach § 106a SGB V einvernehmlich oder durch rechtskräftiges Urteil festgestellt worden, so wird die betreffende kassenspezifische Leistungsmenge eines Abrechnungsquartals um das aus dem gesamten, vorangegangenen Prüfzeitraum ermittelte gesamte Punktzahlvolumen gekürzt. Diese Reduzierung der Leistungsmenge erfolgt spätestens im nächsten, auf die Einigung bzw. die Rechtskraft des Urteils folgenden Abrechnungsquartal. Eine rückwirkende Änderung der Datengrundlagen (ARZTRG- und KASSRG-Daten) zur Bestimmung der Aufsatzwerte findet nicht statt. Das Nähere ist in der Anlage 2 dieser Vereinbarung geregelt.

Hierdurch wird gewährleistet, dass die Berücksichtigung die insgesamt über alle Kassen zu zahlende MGV nicht verändert.

5. Die Vertragspartner stimmen des Weiteren darin überein, dass sofern die Abstimmung der Datengrundlagen für die sog. KASSRG87aMGV-Dateien nach Ziffer 2.2.1.1 des 333. BA Beschluss Teil A (1.) sowie die Abstimmung sonstiger, insbesondere der Datengrundlagen für die sog. ARZTRG87a-Dateien nach Ziffer 2.2.2

des 333. BA Beschluss Teil A (2.) vom Ausgang eines Rechtsstreits abhängig ist, wie folgt verfahren werden soll:

1. Feststellung des Behandlungsbedarfs (Ziffer 2.2.1.1 333. BA Beschluss Teil A)

Besteht Streit über die Höhe des konkret für die jeweilige Krankenkasse anzusetzenden Wertes, können die KVH und die kassenspezifischen Gesamtvertragspartner bilateral ungeachtet der zugrunde liegenden Rechtspositionen zur pragmatischen Umsetzung einen Wert für die jeweilige Krankenkasse mit Wirkung für und gegen alle kassenspezifischen Gesamtvertragspartner und alle Krankenkassen mit der Maßgabe festsetzen, dass das rechtliche Schicksal des Streits im Falle einer rechtskräftigen Entscheidung ausschließlich Wirkung ab dem nächst erreichbaren Quartal entfalten kann.

Das Recht, sich aus diesem Grunde auf eine Nicht-Einigung über die Datengrundlagen zu berufen, ist ausgeschlossen.

2. Abstimmung sonstiger Datengrundlagen, insbesondere die sog. ARZTRG87a-Dateien nach Ziffer 2.2.2 des 333. BA Beschluss Teil A

Besteht Streit über sonstige Datengrundlagen und/oder die konkret festzusetzenden Werte zur Bestimmung der MGV 2016 zwischen der KVH und einer Krankenkasse mit Auswirkungen für und gegen alle anderen Krankenkassen, gilt das Vorgenannte (1.).

Das Recht, sich aus diesem Grunde auf eine Nicht-Einigung über die Datengrundlagen zu berufen, ist ebenfalls ausgeschlossen.

6. Die Vertragspartner dieser Honorarvereinbarung stimmen darin überein, dass die vorliegende und die Honorarvereinbarung für das Jahr 2017 als Zweijahresvertrag abgeschlossen werden.

- Zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses sind den Vertragspartnern nicht alle Entscheidungen des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses bekannt. Sollten sich vor diesem Hintergrund noch Änderungen bzgl. der Honorarvereinbarung 2016 und 2017 ergeben, sind sich die Vertragspartner bereits zum jetzigen Zeitpunkt darin einig, dass diese Änderungen (zum Beispiel: Anpassung des Orientierungspunktpunktwertes, Morbiditätsentwicklung, Unvorhersehbarer Leistungsbedarf, Geänderte Abgrenzung der MGV/EGV, Durchführungsempfehlungen) unverändert übernommen werden und - soweit notwendig - im Rahmen von Nachträgen zu diesen Honorarvereinbarungen umgesetzt werden.
- Die Vertragspartner sind sich ferner darin einig, dass die Förderung der Grundversorgung in Höhe von 7 Mio. EUR im Jahre 2017 in Verbindung mit der sogenannten Konvergenz gem. § 87a Abs. 4a SGB V steht.
- Sollte der Betrag in EUR, der sich bei der Anwendung des § 87a Abs. 4a SGB V durch Einigung zwischen den Vertragspartnern oder durch Entscheidungen des Landesschiedsamtes ergibt, den für die Förderung der Grundversorgung

in 2017 festgesetzten Betrag von 7 Mio. EUR nicht unterschreiten, entfällt die Förderung der Grundversorgung ab 2017.

- Sollte der Betrag in EUR, der sich bei der Anwendung des § 87a Abs. 4a SGB V durch Einigung zwischen den Vertragspartnern oder durch Entscheidungen des Landesschiedsamtes ergibt, den für die Förderung der Grundversorgung in 2017 festgesetzten Betrag von 7 Mio. EUR unterschreiten, wird die Differenz zwischen dem Konvergenzbetrag und der Förderung in Höhe von 7 Mio. EUR in die MGV 2017 eingestellt. Die so entstehende Anhebung der MGV ist basiswirksam für die Jahre ab 2018. Dies stellt sicher, dass eine basiswirksame Anhebung der MGV in 2017 im Umfang von mindestens 7 Mio. EUR erfolgt.

7. Die Vertragspartner sind sich darin einig, dass die in der Honorarvereinbarung 2014 vereinbarte Steigerung der MGV in Ziffer 3.5. Nr. 2. der Honorarvereinbarung 2014 in Form einer „additiven“ Steigerung nicht zum Schritt 15 der Anlage 2 der Honorarvereinbarung 2014 („multiplikative“ Steigerung) passt. Dieser Umstand ist den Vertragspartnern anlässlich der MGV-Korrektur für das 1. Quartal 2014 Ende Februar 2016 aufgefallen.
Vor diesem Hintergrund sind sich die Vertragspartner darin einig, dass die Regelungen „additiv“ zu verstehen sind und deshalb Schritt 15 [richtig] „14 + (13 * 0,6013 %)“ heißt. Die Vertragspartner sind sich darin einig, dass die Anwendung der Regelung im vorgenannten Sinne bei der MGV-Korrektur 2014 erfolgt, ohne dass dieser Umstand einer formalen Anpassung der Honorarvereinbarung 2014 bedarf

Zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**
und
der **AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse,**
dem **BKK-Landesverband NORDWEST,**
der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),**
der **IKK classic,**
der **Knappschaft,**
den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Hamburg**

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird die folgende

Honorarvereinbarung 2017
i. d. F. des 7. Nachtrages ab 1. Januar 2017

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitlich vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2017“ Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Präambel

Diese Vereinbarung basiert auf den Beschlüssen des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses, im Folgenden (E)BA genannt. Vorgaben und/oder Empfehlungen gemäß der Beschlüsse des (E)BA finden Anwendung, soweit nicht im Folgenden Abweichendes vereinbart ist.

1. Regionale Gebührenordnung

Ambulante ärztliche Leistungen werden, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, nach der regionalen EUR-Gebührenordnung gemäß § 87a Absatz 2 Satz 5 SGB V (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) vergütet. Dies gilt auch für ambulante ärztliche Leistungen von Krankenhäusern in Notfällen.

2. Regionaler Punktwert

Der Punktwert zur Berechnung der regionalen EUR-Gebührenordnung (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) wird rückwirkend für das Jahr 2017 neu festgesetzt auf 10,7785 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 0,2485 Cent (2,360 %) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 10,5300 Cent als Orientierungswert.

Zur Ermittlung des vorgenannten Punktwertzuschlages wird der in Anlage 3 der Honorarvereinbarung 2017 beschriebene Rechenweg angewendet.

Die sich aus der Anhebung des vorläufig geführten regionalen Punktwertes (10,7493 Cent; siehe Ziffer 2 der Honorarvereinbarung 2017 i. d. F. des 1. Nachtrages) um 0,0292 Cent für die Quartale I bis IV des Jahres 2017 ergebenden Nachzahlungsbeträge sind jeweils gesondert im entsprechenden Quartal I bis IV/ 2018 im Formblatt 3 in KV-spezifischen Vorgängen auszuweisen und mit der jeweiligen Schlussrechnung für die Quartale I - IV/2018 anzufordern.

Die quartalszugehörige Korrektur (im Folgenden beispielhaft dargestellt für das 1. Quartal) erfolgt mit den Vorgängen 060-067:

Bezeichnungen:

- Vorgang 060 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2014 MGV
- Vorgang 061 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2014 EGV
- Vorgang 062 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2015 MGV
- Vorgang 063 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2015 EGV
- Vorgang 064 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2016 MGV
- Vorgang 065 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2016 EGV
- Vorgang 066 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2017 MGV
- Vorgang 067 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2017 EGV

Eine Saldierung der jeweiligen Beträge im Rechnungsbrief für die jeweilige Schlussrechnung des Quartals I bis IV/2018 ist zulässig.

Die Fälligkeit der Nachzahlungsbeträge tritt zum Zeitpunkt der Fälligkeit der jeweiligen Forderungen aus der jeweiligen Schlussrechnung für die Quartale I bis IV/2018 ein.

Die KV Hamburg wird eine Korrektur der Vergütungen von bereichsfremden Versicherten der KVH gegenüber den jeweiligen Wohnort-KVen im Rahmen der Richtlinie über den Fremdkassenzahlungsausgleich vornehmen

3. Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des nach Maßgabe der nachstehenden Ziffern 3.1. bis 3.13. sowie den Vorgaben und Empfehlungen des 383. BA (Sitzung am 21. September 2016) ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals und dem Punktwert nach Nr. 2. Die Berechnung erfolgt für jedes Quartal des Jahres 2017 getrennt.

3.1. Ausgangspunkt für die Berechnung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs ist die Feststellung des insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV Hamburg für das Vorjahresquartal basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß Ziffer 2.2.1.1 des 383. BA.

3.2. Zum Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.1 werden nach Maßgabe von Ziffer 2.2.1.1 letzter Absatz des 383. BA die fortentwickelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Psychotherapie addiert.

3.3.
(1) Zur Berücksichtigung der im Vergleich mit den Vorjahresquartalen geänderten Abgrenzung morbiditätsbedingter von extrabudgetärer Gesamtvergütung ist Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.2. gemäß den Vorgaben des 383. BA, Ziffer 2.2.1.2 i.V.m. dem 382. BA („Abgrenzungsbeschluss“) anzupassen.

(2) Von dem Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.2. sind danach die Brutto-Punktmengen folgender Leistungsbereiche abzuziehen:

- Mit Wirkung für das I. Quartal 2017 Leistungen nach der Ziffer 4.41. („Verordnung von Soziotherapie“, GOP 30800, 30810, 30811). Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird abweichend vom 383. BA Ziffer 2.2.1.2 auf 1,0 festgesetzt.
- Mit Wirkung ab dem 01.07.2017 bis 31.03.2018 (Quartal 3/2017 bis 1/2018) in Umsetzung des 407. BA (schriftliche Beschlussfassung) Leistungen nach der Ziffer 4.54. und damit die GOP 22220 und 23220 EBM („Psychotherapeutische Gespräche - Einzelbehandlung“). Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird **nicht** auf 1,0 festgesetzt.
- Mit Wirkung ab dem 01.10.2017 bis 30.09.2018 (Quartal 4/2017 bis 3/2018) in Umsetzung des 408. BA (schriftliche Beschlussfassung) Leistungen nach der

Ziffer 4.56. Leistungen nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM („Palliativmedizinische Versorgung“). Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird **nicht** auf 1,0 festgesetzt.

3.4. Zur Berücksichtigung der Empfehlung des 378. BA zur Finanzierung der Höherbewertung der GOP 34291 zum 01.10.2016 wird die Nr. 4 der vorgenannten Empfehlung wie folgt umgesetzt: Die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird im Zeitraum vom 1. Quartal 2017 bis zum 3. Quartal 2017 um den Mehrbedarf von 92 Punkten für jede tatsächlich in der Satzart ARZTRG87aKA_IK des entsprechenden Vorjahresquartals enthaltene GOP 34291 erhöht.

3.5. Im Anschluss daran erfolgt gemäß Ziffer 2.2.1.3 des 383. BA für das jeweilige aktuelle Abrechnungsquartal der Abzug von Bereinigungsbeträgen aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V von dem festgestellten, bereinigten Behandlungsbedarf gem. Ziffer 3.4. dieser Vereinbarung. Abweichend von den in Ziffer 2.2.1.3 des 383. BA aufgeführten Bereinigungsbeschlusses werden die Bereinigungsbeträge des vorangegangenen Quartals abgezogen. Im 4. Quartal 2017 erfolgt der Abzug der Bereinigungsbeträge des 3. und 4. Quartals 2017.

3.6. Sofern Kassen gemäß Nr. 4.7 des 372. BA auf eine Bereinigung verzichten, wird der gemäß Ziffer 3.5. der Honorarvereinbarung festgestellte Behandlungsbedarf gem. Nr. 4.7 Ziffer 7 des vorgenannten Beschlusses um die Summe der voraussichtlichen Bereinigungsvolumina aller betroffenen Kassen vermindert.

3.7.
(1) Der gemäß Ziffer 3.1. festgestellte und gemäß Ziffer 3.2. bis 3.6. angepasste Behandlungsbedarf wird gemäß Ziffer 2.2.2 des 383. BA unter Berücksichtigung der Prüfergebnisse nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt. Dabei wird sichergestellt, dass die dort in Bezug genommenen ARZTRG87aKA-Satzarten des Vorjahresquartals entsprechend der geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Abrechnungsquartal angepasst werden. Hierbei werden analog Ziffer 3.4. im Zeitraum vom 1. Quartal 2017 bis zum 3. Quartal 2017 die Punktzahlen für jede tatsächlich in der Satzart ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK des entsprechenden Vorjahresquartals enthaltene GOP 34291 um den Mehrbedarf in Höhe von 92 Punkten erhöht.

(2) Dabei wird ferner sichergestellt, dass die Berücksichtigung der sich aus kassenseitigen Prüfanträgen ergebenden Korrekturen die insgesamt über alle Kassen zu zahlende MGV nicht verändert.

(3) Der aufgeteilte Behandlungsbedarf wird für jede betroffene Krankenkasse gemäß Nr. 4.7 Ziffer 7 des 372. BA um die voraussichtlichen Bereinigungsvolumina der jeweiligen Kasse erhöht. Die Summe der Erhöhung darf maximal dem Abzug in Ziffer 3.6. entsprechen.

3.8. Der so auf die Kassen aufgeteilte Behandlungsbedarf ist anschließend gemäß Ziffer 2.2.3 des 383. BA zur Berücksichtigung der Änderungen in der Versichertenzahl anzupassen.

Darüber hinaus sind die fortentwickelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Psychotherapie gemäß Ziffer 2.2.3 des 383. BA Absatz 2 zu subtrahieren.
Die Berücksichtigung der in der Datenlieferung bzw. ANZVER87a ausgewiesenen Personengruppen erfolgt dabei in Anwendung der für die jeweilige Krankenkasse zutreffenden gesamtvertraglichen Regelung.

3.9.
(1) Bis einschließlich dem Quartal 2/2017 wird der kassenspezifische Behandlungsbedarf gemäß Ziffer 3.8. aufgrund der Überarbeitung der humangenetischen Leistungen durch den Beschluss des BA in seiner 372. Sitzung am 11.03.2016 basiswirksam abgesenkt. Hierzu wird in jedem Quartal die Summe von 418.809 Euro in Punkte umgerechnet, anhand der Versichertenzahlen gemäß Ziffer 3.8. auf die einzelnen Kassen aufgeteilt und kassenspezifisch in Abzug gebracht.

(2) Darüber hinaus werden die Gebührenordnungspositionen 22220 und 23220 für die Quartale 2/2017 bis 4/2018 gemäß Ziffer 4.54. befristet ausgedeckelt und daher im Quartal 2/2017 in Umsetzung der Protokollnotiz zum 407. BA (schriftliche Beschlussfassung) bereinigt. Dazu werden die gemäß den Vorgaben des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 50. Sitzung in Teil B II. 1. Ziffer 1. bis 4. ermittelte Punktzahlvolumen gemäß Teil B II. 1. Ziffer 5. desselben Beschlusses basiswirksam von dem gemäß Ziffer 3.9. Abs. 1 ermittelten Wert abgezogen. Für die Quartale 3/2017 bis 1/2018 erfolgt die Bereinigung gem. Ziffer 3.3. Absatz 2.

(3) NN.

3.10. Der so kassenspezifisch ermittelte Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal ist wie folgt gemäß Ziffer 2.2.4 des 383. BA fortzuentwickeln:

Berücksichtigung der Morbiditätsveränderung gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gem. 383. BA. Dabei erfolgt die Gewichtung der gemäß BA-Beschluss berechneten Veränderungsraten zu 50 % anhand der Demografie (-0,1096 % * 50 % = -0,0548 %) und zu 50 % anhand der Diagnosen (0,5697 % * 50 % = 0,2849 %). Der Aufsatzwert wird damit um 0,2301 % erhöht.

3.11.
(1) Anschließend sind gem. Ziffer 2.2.4 Absatz 2 des 383. BA die für das aktuelle Abrechnungsquartal aktualisierten vertragsübergreifenden Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten der Krankenkasse, multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenzahl der Krankenkasse im Vorjahresquartal, zu addieren.

(2) Für Neueinschreiber in bzw. Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen erfolgt danach eine Differenzbereinigung gemäß dem 372. BA vom („Bereinigungsbeschluss“). Es sind außer in den Fällen der Absätze 3 und 4 zwingend die Regelungen gesonderter Bereinigungsvereinbarungen zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der KV Hamburg zu berücksichtigen.

(3) In Fällen der KV-übergreifenden Bereinigung gemäß dem 372. BA Nr. 4.5, in denen die Krankenkasse oder der für sie zuständige Partner der Gesamtverträge verlangt, dass das geltende Bereinigungsverfahren der Vertrags-KV umgesetzt wird, sind die hierzu getroffenen verbindlichen Vorgaben des 372. BA und etwaiger Folgebeschlüsse einzuhalten und anzuwenden.

(4) Das gleiche gilt für Fälle, in denen Krankenkassen gemäß dem 372. BA Nr. 4.7 auf eine Bereinigung verzichten können.

3.12.
(1) Die im Jahre 2016 vereinbarte extrabudgetäre Förderungssumme in Höhe von insgesamt 7 Mio EUR wird 2017 in die MGV überführt. Hierbei sind diese von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Mittel

- in Höhe von 3 Mio. EUR für die Förderung der Behandlung chronischer Patienten nach den GOP 03220 und 04220 EBM,
- in Höhe von 500.000 EUR für die Förderung der sozialpädiatrisch orientierten eingehenden Beratung nach der GOP 04355 EBM und
- in Höhe von 3,5 Mio. EUR für die Förderung der Erbringung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) nach dem EBM. (GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13644, 13694, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 21225, 22216, 23216, 26220, 27220 EBM) zu verwenden.

(2) Zur kassenseitigen Umsetzung dieser Förderung werden die o. g. Einzelbeträge gleichmäßig auf die vier Quartale 2017 aufgeteilt. Die quartalsbezogenen Einzelbeträge werden anhand der kassenindividuellen Inanspruchnahme der o. g. geförderten Leistungen im Vorjahresquartal (gemäß ARZTRG87aKA_IK-Datensätzen) auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt. Der so ermittelte quartalsbezogene kassenspezifische Steigerungsbetrag wird durch den regionalen Punktwert gemäß Ziffer 2 dividiert und dem nach Maßgabe der Ziffern 3.1. bis 3.11. ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarf hinzuaddiert. Die so entstehende Steigerung des Behandlungsbedarfs ist basiswirksam für die Jahre ab 2018.

3.13. Der sich bei Anwendung der Regelungen in § 87a Absatz 4a Sozialgesetzbuch (SGB V) ergebende Betrag beträgt 4,2 Mio EUR („Konvergenz“). Die basiswirksame Erhöhung der MGV erfolgt schrittweise in Höhe von 2,1 Mio EUR für 2017 und weiteren 2,1 Mio EUR für 2018. Für die basiswirksame Erhöhung des Behandlungsbedarfs werden die vorgenannten Beträge gleichmäßig auf die vier Quartale des Jahres 2017 bzw. 2018 verteilt. Die sich ergebenden Quartalswerte werden nach dem Aufteilungsschlüssel gemäß Ziffer 3.7 Absatz 1 dieser Vereinbarung auf die Kassen aufgeteilt und anschließend durch den regionalen Punktwert nach Ziffer 2 dividiert. Die sich hieraus ergebenden kassenspezifischen Punktzahlvolumina werden zu dem Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.12 hinzuaddiert. Die Partner dieser Vereinbarung werden diese Regelung zur basiswirksamen Umsetzung im Jahre 2018 entsprechend in der Honorarvereinbarung 2018 fortschreiben.

3.14. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4. dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht kann ausschließ-

lich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V unter zwingender Beachtung der Empfehlungen des BA-Beschlusses gem. § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 (382. BA) begründet werden. Insbesondere kann keine Nachschusspflicht aus Regelungen zur Honorarverteilung resultieren.

3.15. Für den Fall von Kassenfusionen vereinbaren die Vertragspartner, dass soweit zwischen den jeweiligen Gesamtvertragspartnern nicht etwas anderes vereinbart ist, der kassenspezifische Anteil gemäß Ziffer 3.7. der Summe der Anteile der fusionierten Krankenkassen entspricht.

4. Extrabudgetär vergütete Leistungen

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden folgende Leistungen des EBM von den Krankenkassen vergütet:

4.1. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe),

4.2. Leistungen des Kapitels 31 sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,

4.3. Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

4.4. Früherkennungsuntersuchungen nach der GOP 01723 (U 7 a),

4.5. Leistungen des Hautkrebsscreenings nach der GOP 01745, 01746,

4.6. Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

4.7. Leistungen der Strahlentherapie nach Kapitel 25 (GOP 25210 bis 25342) sowie Kostenpauschalen der Strahlentherapie nach Kapitel 40.15 (GOP 40840, 40841),

4.8. Phototherapeutische Keratektomien nach der GOP 31362, 31734, 31735 und 40680,

4.9. Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:
01510X bis 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08540 bis 08542, 08540X bis 08542X, 08550 bis 08552, 08550X bis 08552X, 08560, 08560X, 08561, 08561X, 08570 bis 08574, 08570X bis 08574X, 11301X, 11302X, 11351X, 11352X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X und 36822X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X und 32781X.

Der vorstehende und ggf. nach Maßgabe der KVH gekennzeichnete, nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung zur Auszahlung gelangende Leistungsbedarf der be-

treffenden Leistungen im Formblatt 3 wird mit einem Anteil von 50 % des berechneten Leistungsbedarfs ausgewiesen,

4.10. Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den GOP 01950 bis 01952 sowie ab 01.10.2017 nach der GOP 01949 und 01960,

4.11. Excisionen beim Hautkrebsscreening nach den GOP 10343 und 10344,

4.12. Leistungen der Schmerztherapie nach Abschnitt 30.7.1. gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V,

4.13. Leistungen der Abschnitte 4.5.4 EBM (pädiatrische Nephrologie und Dialyse) und 13.3.6 (Nephrologie und Dialyse) EBM (ohne GOP 13620 - 13622) sowie die GOP 04000, 04040 und 04230 EBM, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden; einschließlich der leistungsbezogenen Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlungen mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahrens des Abschnitts 40.14 EBM,

4.14. unbesetzt,

4.15. Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nach der GOP 13620 bis 13622 einschließlich der Sachkosten,

4.16. Kostenpauschalen nach den GOP 01425 und 01426 zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Die Rechnungslegung der Gebührenordnungspositionen 01425 und 01426 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 406, Ebene 6,

4.17. Spezialisierte Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922 und 30924,

4.18. Leistungen nach den GOP 30930 bis 30935 (neuropsychologische Therapie),

4.19. Leistungen nach den GOP 32821 und 32822 (genotypische Untersuchungen auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus),

4.20. Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882,

4.21. Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger nach den GOP 01955 und 01956 des Abschnittes 1.8 im EBM,

4.22. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Neugeborenen-Hörscreening) nach den GOP 01704, 01705 und 01706 des Abschnittes 1.7.1 im EBM,

4.23. Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung nach der GOP 01833 des Abschnittes 1.7.5 im EBM,

4.24. Leistungen und Kosten im Rahmen der Balneophototherapie nach der GOP 10350 des Abschnittes 10.3 des EBM,

4.25. Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach den GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956,

4.26. Leistungen des Kapitels 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150) der in § 87b Absatz 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen („Psychotherapie“),

4.27. Leistungen nach den GOP 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 und 01418, (Haus- und Heimbesuche),

4.28. Leistungen nach den GOP 01776, 01777 und 01812 EBM (Screening auf Gestationsdiabetes),

4.29.
(1) Von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachte Hämato-/Onkologischen Zusatzpauschalen (GOP 13500 bis 13502), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie
von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachten Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 08345), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie
von Fachärzten für Urologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachte Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 26315 EBM), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111 EBM) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512 EBM), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden.

(2) Die genannten Leistungen werden zur Abgrenzung gegenüber den von anderen Arztgruppen erbrachten Leistungen, die innerhalb der MGV verbleiben, nach Maßgabe der KV Hamburg gekennzeichnet,

4.30. Zuschlag für Hyposensibilisierungsbehandlungen (GOP 30130, 30131) nach 3 Jahren Behandlungsdauer in Höhe von 100 EUR einmal je Patient (GOP 98000). Dieser Zuschlag ist nicht für Behandlungen von Insektenstichallergien berechnungsfähig,

4.31. Leistung gemäß GOP 34601 (Osteodensitometrische Untersuchung II),

4.32. Leistungen gemäß den GOP 04528, 04529, 13425 und 13426 (Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms),

4.33. Leistungen gemäß den GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 (intravitreale Medikamenteneingabe),

4.34. Leistungen gemäß den GOP 03060, 03062 und 03063 („Förderung von Leistungen und Strukturen im hausärztlichen Versorgungsbereich“),

4.35. Leistungen gemäß den GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222 und 27222 („Förderung von Leistungen und Strukturen im fachärztlichen Versorgungsbereich“),

4.36. Leistungen der Sozialpädiatrie gemäß der GOP 04356 („Förderung von Leistungen und Strukturen im hausärztlichen Versorgungsbereich“),

4.37. die Kostenpauschale nach der GOP 40582 („Sachkosten im Zusammenhang mit der Radionuklidtherapie bei Verwendung von Radium-223-dichlorid“),

4.38.
(1) die GOP 99345 und 99315 als Zuschlag auf die GOP 86510 oder 86512 nach der „Onkologie-Vereinbarung“.

(2) Die GOP 99345 kann nur von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe abgerechnet werden, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der „Onkologie-Vereinbarung“ verfügen. Die Leistungsinhalte, Abrechnungsbestimmungen und Abrechnungsausschlüsse der GOP 08345 EBM gelten ebenso für die GOP 99345.

(3) Die GOP 99315 kann nur von Fachärzten für Urologie abgerechnet werden, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der „Onkologie-Vereinbarung“ verfügen. Die Leistungsinhalte, Abrechnungsbestimmungen und Abrechnungsausschlüsse der GOP 26315 EBM gelten ebenso für die GOP 99315.

(4) Die GOP 99345 und 99315 werden jeweils mit einer Punktzahl von 191 Punkten bewertet. Den Vertragspartnern ist bewusst, dass sich die Höhe der vorstehenden Bewertung aus der Bewertung der GOP 08345 bzw. 26315 EBM ergibt und zukünftige Änderungen dieser EBM-Bewertung entsprechende Anpassungen des Zuschlags zur Folge haben,

4.39. Leistungen der Rheumatologie nach den GOP 13690 bis 13692,

4.40. Leistungen nach den GOP des Abschnitts 34.7 EBM sowie die Kostenpauschale 40584 („Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)“),

4.41. Leistungen nach den GOP 30800, 30810 und 30811 („Verordnung von Soziotherapie“),

4.42. Leistungen nach den GOP 30980, 30981, 30984, 30985, 30986 und 30988 („spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung gemäß § 118a SGB V“),

4.43. Leistungen nach den GOP 11449 und 11514 EBM sowie den Abschnitten 19.4.2 und 19.4.4 EBM („humangenetische Leistungen“).

4.44. Leistungen nach den GOP 38200 und 38205 sowie ab dem 01.07.2017 die GOP 38202 und 38207 („Delegationsfähige Leistungen“),

4.45. Leistungen nach den GOP 37100, 37102, 37105, 37113 und 37120 („ärztliche Kooperations- und Koordinationsleistungen nach § 119b Abs. 2 SGB V“),

4.46. Leistungen nach den GOP 11304, 19406, 32865 und 32911 („Humangenetische Leistungen“),

4.47. die Kostenpauschale nach der GOP 40306 („Kosten im Zusammenhang mit der Qesü-RL für Perkutane Koronarinterventionen [PCI] und Koronarangiographien“),

4.48. Leistungen nach den GOP 01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701 („Medikationsplan“),

4.49. mit Wirkung ab dem 01.04.2017 die GOP 01450 EBM („Videosprechstunde“),

4.50. mit Wirkung ab dem 01.01.2017 die GOP 03061, 03064 und 03065 („Förderung von Leistungen und Strukturen im hausärztlichen Versorgungsbereich“),

4.51. mit Wirkung ab dem 01.04.2017 die GOP 34800, 34810, 34820 und 34821(„Telekonsile“),

4.52. mit Wirkung ab dem 01.04.2017 die GOP 03355, 04590 und 13360 EBM („kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM)“),

4.53. mit Wirkung ab dem 01.04.2017 die GOP 35151, 35152 und 35254 EBM („Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung“),

4.54. mit Wirkung ab dem 01.04.2017 die GOP 22220 und 23220 EBM („Psychotherapeutische Gespräche - Einzelbehandlung“),

4.55. ab dem 01.07.2017 Leistungen nach den GOP 01702 und 01703 („Pulsoxymetrie-Screening“),

4.56. ab dem 01.10.2017 Leistungen nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM („Palliativmedizinische Versorgung“),

4.57. ab dem 01.10.2017 Leistungen nach dem Abschnitt 37.3 EBM („besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“),

4.58. ab dem 01.10.2017 Leistungen nach den GOP 02325 bis 02328 („Epilation mittels Laser“),

4.59. Ab dem 01.10.2017 Leistungen nach den GOP 01460, 01461 und 01626 (Verordnung von Cannabis).

5. Zuschläge auf besonders förderungswürdige Leistungen

Für Leistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.2 und 1.7.4 des EBM exklusive der Leistungen nach den Ziffern 4.4., 4.5., 4.22. und 4.55. dieses Vertrages wird ein Zuschlag in Höhe von 0,0491 Cent auf den regionalen Punktwert nach Nr. 2 gezahlt.

6. Wegepauschalen

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

6.1. Für jeden Besuch nach den GOP 01410, 01411, 01412, 01721, 01415 oder 01418 sowie für die erste Visite nach der GOP 01414 genannten Einrichtungen sowie einmal zu Leistungen nach der GOP 05230 eine Wegepauschale nach Wegebereichen und Besuchszeiten in folgender Höhe:

a) Pauschale für Besuche nach den GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

3,53 EUR (Abrechnungsnummer: 97234);

b) Pauschale für Besuche nach den GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97235);

c) Pauschale für Besuche nach den GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

10,14 EUR (Abrechnungsnummer: 97236);

d) Pauschale für Besuche nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97237);

e) Pauschale für Besuche nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

10,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97238);

f) Pauschale für Besuche nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

14,55 EUR (Abrechnungsnummer: 97239);

g) Pauschale für einen Besuch nach den GOP 01410 oder 01414 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

11,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97160);

h) Pauschale für einen Besuch nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

16,32 EUR (Abrechnungsnummer: 97161).

6.2. Die Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet. Die KVH stellt jedem Vertragsarzt hierfür eine Karte im Maßstab 1 : 50.000 zur Verfügung, auf der sowohl der Praxissitz als auch die Grenzen für den Rand und den Fernbereich eingezeichnet sind.

6.3. Die Wegepauschalen sind je Besuch bzw. Visite unabhängig davon berechnungsfähig, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung der jeweiligen Wegepauschale nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines der drei Wegebereiche.

6.4. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale der KVH mit einem Fahrdienst ausgeführt, so werden die Beträge für Wegeentschädigungen nicht an den Arzt abgeführt, sondern als Kosten des Notfalldienstes einbehalten. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale nicht mit einem Fahrdienst, sondern im eigenen Wagen des Arztes ausgeführt, so

erhält der Arzt in einem generell im Notfalldienst mit Fahrdienst befahrenen Bezirk den von den Kostenträgern gem. der Verträge über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen vom 13.03.2006 in der jeweils gültigen Fassung zu zahlenden Pauschalbetrag. Dies gilt nicht für Leistungen, die von Vertragsärzten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten sowie bei gegenseitiger Vertretung erbracht werden.

6.5. Für die Berechnung der Wegepauschale ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist.

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

7. Belegärztliche Leistungen

Innerhalb der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Krankenkassen wird die stationäre vertragsärztliche Tätigkeit mit Ausnahme der Nr. 4.1. dieses Vertrages wie folgt vergütet:

7.1. Dem anerkannten Belegarzt werden die Visiten im Krankenhaus je Patient nach der GOP 01414 vergütet. Beim jeweils ersten Aufsuchen der Belegklinik am Behandlungstag wird zusätzlich für den ersten visitierten Patienten die entsprechende Wegepauschale nach Nr. 6. vergütet. Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung von Besuchen ausgeschlossen.

7.2. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

7.3. Ferner gelten für die Vergütung des Belegarztes folgende Besonderheiten:

a) Leistungen, für die in der regionalen EUR-Gebührenordnung bei belegärztlicher Leistungserbringung ein Abschlag vorgesehen ist, werden entsprechend bewertet.

b) Leistungen der Kapitel 33 und 34 der regionalen EUR-Gebührenordnung werden mit 60 % der Sätze der Gebührenordnung bewertet; können diese Leistungen im Belegkrankenhaus nicht erbracht werden, werden sie mit den Sätzen der Gebührenordnung bewertet.

c) Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen des Kapitels 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung, die mit mindestens 6,00 EUR bewertet sind, werden mit den Sätzen der regionalen EUR-Gebührenordnung bewertet. Die Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen aus dem Kapitel 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in § 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

d) Alle übrigen Leistungen, die in der regionalen EUR-Gebührenordnung mit mehr als 6,00 EUR bewertet oder als Zuschlag beschrieben sind, werden mit dem vollen Satz der regionalen EUR-Gebührenordnung bewertet.

e) Leistungen, die in der regionalen EUR-Gebührenordnung mit weniger als 6,00 EUR bewertet sind, werden nicht vergütet.

7.4. Die reduzierten Vergütungssätze nach Nr. 7.3. gelten unabhängig davon, ob die Geräte dem Krankenhaus oder dem Belegarzt gehören.

7.5. Vom Belegarzt konsiliarisch oder mitbehandelnd hinzugezogene Vertragsärzte, die nicht selbst Belegärzte in demselben Belegkrankenhaus sind, rechnen ihre Leistungen nach den Bedingungen für die ambulant-kurative Versorgung ab.

Für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses zur Durchführung von Anästhesieleistungen wird dem Facharzt für Anästhesiologie für jeden Kranken einmal am Behandlungstag die GOP 05230 vergütet.

7.6. Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Punkte 7.1. bis 7.4. vergütet.

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.

a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitschaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.

b) Die Krankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.

Der Belegarzt hat - ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers -gegenüber der KVH nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind.

c) Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.

Dies gilt auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

d) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Krankenkassen ein Betrag von 3,07 EUR pro Patient und Pflegetag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflegetage.

7.8. Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung des Bereitschaftsdienstes vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr. 7.7. dieser Anlage, ohne dass es einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf.

8. Rechnungslegung

Die KVH stellt eine Rechnungslegung entsprechend der Regelungen dieses Vertrages sicher. In die Rechnung fließen die kassenindividuelle morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (höchstzulässige Obergrenze), Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß dieser Honorarvereinbarung und gesonderten vertraglichen Regelungen sowie durchlaufende Posten ein.

9. Sachlich-rechnerische Berichtigungen

Honorar-Rückforderungen betreffend Leistungen außerhalb der MGV aus nachträglichen sachlich-rechnerischen Berichtigungen sowie Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind von der KVH an die jeweilige Krankenkasse zurückzuzahlen. Die KV teilt den Vertragspartnern die sich aus entsprechenden rechtskräftig abgeschlossenen Verfahren ergebende Beträge mit.

10. Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V

Honorarkürzungen, die die KV wegen fehlenden Nachweises der fachlichen Fortbildung nach § 95d Abs. 3 SGB V vornimmt, sind anteilig für den Fall, der die Leistungen außerhalb der MGV betrifft, an die Krankenkasse zurückzuzahlen. Basis für die Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen ist der Anteil je Krankenkasse am Volumen der Leistungen außerhalb der MGV gemäß Formblatt (bereichseigen) des die Kürzung betreffenden Quartals. Die Rückzahlung erfolgt jeweils in dem übernächsten Quartal, das auf das die Kürzung betreffenden Quartal folgt. Der Ausweis erfolgt im Formblatt, Kontenart 400, Vorgang 141.

11. Kostenerstattung

Die Anrechnung von Kostenerstattungen nach § 13 Absatz 2 und § 53 Absatz 4 SGB V auf die MGV erfolgt nach Maßgabe gesonderter vertraglicher Regelungen.

12. Verspätet eingereichte Behandlungsausweise

Verspätet eingereichte Behandlungsausweise werden dem Quartal des Zeitpunktes der Einreichung zugerechnet, mit den Behandlungsausweisen des Abrechnungsquartals zusammengeführt und nach den Bestimmungen des Verteilungsmaßstabes vergütet, die zum Zeitpunkt der Einreichung gelten. Dies gilt nicht, soweit hinsichtlich der abgerechneten Leistungen zwischenzeitlich Änderungen des EBM bzw. der Ver-

gütungsstruktur und –höhe erfolgt sind. Insoweit erfolgt die Vergütung zu den Bedingungen des Abrechnungsquartals der Leistungserbringung. Den Krankenkassen dürfen durch die Zurechnung verspätet eingereichter Behandlungsausweise gegenüber dem Quartal der Erbringung der Leistung keinerlei zusätzliche finanzielle Belastungen entstehen.

13. Sonstiges

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages und seiner Anlagen.

Anlage 1

zur Honorarvereinbarung 2017

Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg

wird noch ausgeführt

Anlage 2

zur Honorarvereinbarung 2017

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß Beschluss des BA (383. Sitzung) und der honorarvertraglichen Regelung 2017 in Hamburg

1.	Vereinbarter bereinigter Leistungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im entsprechenden Quartal 2016 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	Addition der Summe der kassenspezifischen Ausdeckelungsbeträge des jeweiligen Vorjahresquartals aufgrund der Höherbewertung Psychotherapie inkl. der Änderungen durch den 380. BA-Beschluss gemäß Ziffer 3.2 der Honorarvereinbarung
3.	Anpassung auf geänderte MGV/EGV-Abgrenzung: Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3. der Honorarvereinbarung
4.	Im 1. bis 3. Quartal 2017 Anpassung aufgrund Ziffer 3.4. der Honorarvereinbarung: (Summe der Abrechnungsfrequenzen der GOP 34291 im entsprechenden Quartal 2016 gemäß Satzart ARZTRG87aKA_IK für alle Kassen) * 92 Punkte
5.	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung des jeweils vorangegangenen Quartals (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.5. der Honorarvereinbarung
6.	Abzug Summe der voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.6. der Honorarvereinbarung
7.	Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 + 2 – 3 + 4 ± 5 - 6

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

		a) GKV-weit	b) Einzelkasse
8.	Abgerechnete Leistungsmenge im entsprechenden Quartal 2016 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert.		
9.	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle)		
10.	Anpassung um die Leistungsmengen für die in Nr. 3. und Nr. 4 genannten Leistungen im entsprechenden Quartal 2016 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
11.	Angepasste Leistungsmenge in Punkten = 8 – 9 – 10		
12.	Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf in Prozent = 11b / 11a		
13.	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = 7* 12		
14.	Hinzuaddieren des voraussichtlichen Be-		

	reinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht gemäß Ziffer 3.7. der Honorarvereinbarung		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

15.	Anpassung Versichertenzahl: = (13 + 14) / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des entspr. Quartals 2016) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des entspr. Quartals 2017)
16.	Subtraktion der fortentwickelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Psychotherapie gemäß Ziffer 2.2.3 des 383. BA bzw. Ziffer 3.8 der Honorarvereinbarung: = 15- [Kassenspezifischer Anteil aus 2 / (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des entspr. Quartals 2016) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des entspr. Quartals 2017)]
17.	Bis 30.06.2017: Abzug aufgrund der Überarbeitung der humangenetischen Leistungen gemäß Ziffer 3.9. Absatz 1 der Honorarvereinbarung = 16 - Punktzahl Absenkung
17.a	Ausschließlich vom 01.04.2017 bis 30.06.2017 (2. Quartal 2017) Anmerkung: Die Bereinigung ab dem 01.07.2017 bis 31.03.2018 erfolgt gem. Zeile 3 dieser Anlage: Abzug aufgrund der befristeten Ausdeckelung der Psychotherapeutischen Gespräche – Einzelbehandlung gem. Ziffer 3.9. Absatz 2 der Honorarvereinbarung =17 – Punktzahl Absenkung
17.b	NN
18.	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate (gem. Ziffer 3.10. der Honorarvereinbarung): = 17.a + (17.a * 0,2301 %)
19	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 18 + [(auf das aktuelle Abrechnungsquartal aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten) * (ANZVER87a_IK im entsprechenden Quartal 2017 - ANZVER87a_IK im ent-

	sprechenden Quartal 2016)]
20.	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen gemäß Ziffer 3.11 (Abs. 2 bis 4) der Honorarvereinbarung (negativ oder positiv)
21.	Berücksichtigung des kassenspezifischen Punktzahlvolumens aufgrund der Überführung der Fördersumme von 7 Mio. Euro in die MGV gemäß Ziffer 3.12 der Honorarvereinbarung
22.	Berücksichtigung des kassenspezifischen Punktzahlvolumens aufgrund der Regelung nach § 87a Abs. 4a SGB V („Konvergenz“) gemäß Ziffer 3.13 der Honorarvereinbarung
23.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert gem. Ziffer 2. der Honorarvereinbarung: = (19 ± 20 + 21 + 22) * 0,107493 = Kassenspezifische MGV in Euro

Um nachträgliche Korrekturen des jeweiligen Formblatts 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGV vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGV-Berechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2017

Rechenweg des regionalen Punktwertzuschlags gem. Nr. 2 der Honorarvereinbarung 2017 (nach Dau, 2013; lt. BSG-Urteil 2017)

- basierend auf drei volkswirtschaftliche Indikatoren
    - Arbeitnehmerentgelt je Arbeitnehmer$_1$
    - Arbeitnehmerentgelt je geleisteter Arbeitsstunde$_2$
    - Bruttoinlandsprodukt je Einwohner$_3$
- es sind jeweils die Werte des (Vor-)vorjahres anzusetzen;
- als allgemein zugängliche Quelle dient das Gemeinsame Datenangebot der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder → http://www.vgrdl.de/VGRdL/ (für die Berechnung des regionalen Punktwertzuschlages des Jahres 2017 wird abschließend der Berechnungsstand: August 2017 / Februar 2018 verwendet. Spätere Korrekturen der verwendeten Berechnungsgrundlagen durch die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder bleiben unberücksichtigt.)
- im Folgenden werden die Ergebnisse der Berechnungsschritte 1. bis 5. sowie 7. in Prozent [%] und die Ergebnisse der Berechnungsschritte 6.1 bis 6.3 in EuroCent [cent] ausgewiesen

1. Prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

je volkswirtschaftlicher Indikator$_{1,2,3}$ gilt: $a_{1,2,3}$ = ((Wert_HH / Wert_Bund) * 100) - 100

2. Durchschnittliche, prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

arithmetisches Mittel der prozentualen Abweichungen $a_{1,2,3}$: $\bar{a} = 1/3 * (a_1 + a_2 + a_3)$

3. Schätzung der prozentualen Abweichung arztpraxisrelevanter Kosten $b_{Praxiskosten}$ in Hamburg vgl. zum Bund

auf Grundlage der durchschnittlichen, prozentualen Abweichung $\bar{a}$ (HH *vs.* Bund) der volkswirtschaftlichen Indikatoren gilt: $b_{Praxiskosten} = (\bar{a} / 2) - 1\ \%$

4. Schätzung des prozentualen Honorarzuschlags $c_{Personal/Miete}$ zum Ausgleich höherer Praxiskosten in Hamburg vgl. zum Bund

$b_{Praxiskosten}$ gilt mindestens für den Kostenblock Personal & Miete, für den ein Arzt etwa 30 % der Praxiskosten aufbringt, daher gilt: $c_{Personal/Miete} = b_{Praxiskosten} * 30\ \%$

5. Anpassung des Zuschlags $c_{Personal/Miete}$ aufgrund der betriebswirtschaftlichen Attraktivität Hamburgs

Begrenzung des prozentualen Zuschlags um 1/3 der Schätzung:

$$c_{Personal/Miete**} = c_{Personal/Miete} - (c_{Personal/Miete} / 3)$$

6. Anpassung des Zuschlags unter Berücksichtigung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr

6.1 Berechnung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr

$$d_{OPW_Differenz}\ [cent] = OPW_{aktuell}\ [cent] - OPW_{Vorjahr}\ [cent]$$

6.2 Berechnung des Zuschlags basierend auf $OPW_{Vorjahr}$:

$$e_{Zuschlag_OPW\ Vorjahr}\ [cent] = OPW_{Vorjahr}\ [cent] * c_{Personal/Miete**}$$

6.3 Berechnung des aktuellen Zuschlags abzüglich der Steigerung des OPWs zum Vorjahr

$$f_{Zuschlag\text{-}OPWSteigerung}\ [cent] = e_{Zuschlag_OPW\ Vorjahr}\ [cent] - d_{OPW_Differenz}\ [cent]$$

7. Berechnung des prozentualen, regionalen Punktwertzuschlags x

$$x = (f_{Zuschlag\text{-}OPWSteigerung}\ [cent] / OPW_{aktuell}\ [cent]) * 100$$

Protokollnotiz
zur Honorarvereinbarung 2017

1. Die Partner dieser Vereinbarung sind sich darüber einig, dass andere zwischen Ihnen geschlossene Verträge durch den Abschluss dieser Vereinbarung unberührt bleiben.

2. Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung der Wegepauschalen vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr. 6. dieser Vereinbarung, ohne dass es diesbezüglich einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf. Die Partner dieser Vereinbarung werden prüfen, welche Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch eine Aufnahme der Wegepauschalen in den EBM notwendig wird, soweit nicht der Bewertungsausschuss entsprechende Regelungen verabschiedet.

3. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Festsetzung des regionalen Punktwertes für 2013 durch den Schiedsspruch des Landesschiedsamtes in seiner Sitzung am 15.08.2013 in Bezug auf den festgesetzten Zuschlag von 2,083 % unter dem Aktenzeichen B 6 KA 5/16 R Gegenstand einer Klage vor dem Bundessozialgericht ist.
Vor diesem Hintergrund steht der Zuschlag für 2017 in Ziffer 2. dieser Vereinbarung unter Vorbehalt.
Soweit nach bestandskräftiger Entscheidung des Rechtsstreits durch die Vertragspartner oder das Landesschiedsamt rechtskräftig andere Festsetzungen für 2013 getroffen werden, werden diese inhaltsgleich auch für das Jahr 2017 umgesetzt.

4. Sind Falschabrechnungen von Leistungen innerhalb der MGV für vergangene Abrechnungszeiträume aufgrund Rechnungsprüfung nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a. F. (Altfälle) einvernehmlich oder durch rechtskräftiges Urteil festgestellt worden, so wird die betreffende kassenspezifische Leistungsmenge eines Abrechnungsquartals um das aus dem gesamten, vorangegangenen Prüfzeitraum ermittelte gesamte Punktzahlvolumen gekürzt. Diese Reduzierung der Leistungsmenge erfolgt spätestens im nächsten, auf die Einigung bzw. die Rechtskraft des Urteils folgenden Abrechnungsquartal. Eine rückwirkende Änderung der Datengrundlagen (ARZTRG- und KASSRG-Daten) zur Bestimmung der Aufsatzwerte findet nicht statt. Das Nähere ist in der Anlage 2 dieser Vereinbarung geregelt.

Hierdurch wird gewährleistet, dass die Berücksichtigung, die insgesamt über alle Kassen zu zahlende MGV nicht verändert.

5. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 407. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab 01.01.2019 die Gebührenpositionen für psychotherapeutische Gespräche (Einzelbehandlung) 22220 und 23220 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurück zu überführen sind (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollno-

tiz inhaltsgleich auch in der Honorarvereinbarung 2018 fortgeführt und in der Honorarvereinbarung 2019 umgesetzt.

6. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 408. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab 01.10.2019 die Gebührenpositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurück zu überführen sind (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz inhaltsgleich auch in der Honorarvereinbarung 2018 fortgeführt und in der Honorarvereinbarung 2019 umgesetzt.

Zwischen

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

und

der **AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse,**
dem **BKK-Landesverband NORDWEST,**
der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),**
der **IKK classic,**
der **Knappschaft,**
den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Hamburg**

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird die folgende

Honorarvereinbarung 2018
i. d. F. des 2. Nachtrages vom 21. November 2018

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitlich vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2018“ Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Präambel

Diese Vereinbarung basiert auf den Beschlüssen des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses, im Folgenden EBA bzw. BA genannt. Vorgaben und/oder Empfehlungen gemäß der Beschlüsse des EBA bzw. BA finden Anwendung, soweit nicht im Folgenden Abweichendes vereinbart ist.

1. Regionale Gebührenordnung

Ambulante ärztliche Leistungen werden, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, nach der regionalen EUR-Gebührenordnung gemäß § 87a Absatz 2 Satz 5 SGB V (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) vergütet. Dies gilt auch für ambulante ärztliche Leistungen von Krankenhäusern in Notfällen.

2. Regionaler Punktwert

Der Punktwert zur Berechnung der regionalen EUR-Gebührenordnung beträgt 10,8584 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 1,916 % (0,2041 Cent) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 10,6543 Cent als Orientierungswert.

Zur Ermittlung des vorgenannten Zuschlags ist der Rechenweg - wie er in Anlage 3 zu dieser Vereinbarung niedergelegt ist - anzuwenden.

3. Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des nach Maßgabe der nachstehenden Ziffern 3.1 bis 3.12 sowie den Vorgaben und Empfehlungen des 383. BA in seiner Sitzung am 21.09.2016 zuletzt geändert mit Beschluss des BA in seiner 403. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und etwaigen Folgebeschlüssen des BA bzw. EBA (im Folgenden „Aufsatzwertebeschluss“) ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals und dem Punktwert nach Ziffer 2. Die Berechnung erfolgt für jedes Quartal des Jahres 2018 getrennt.

3.1. Ausgangspunkt für die Berechnung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs ist die Feststellung des insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV Hamburg für das Vorjahresquartal basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß Ziffer 2.2.1.1 des Aufsatzwertebeschlusses.

3.2.
3.2.1. Der Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.1 wird für jedes Quartal des Jahres 2018 um 0,27 % in Umsetzung des 403. BA (schriftliche Beschlussfassung; „Umsetzung Wohnortprinzip Ersatzkassen“) erhöht.

3.2.2. Zum vorgenannten Ergebnis werden nach Maßgabe von Ziffer 2.2.1.1 letzter Absatz des Aufsatzwertbeschlusses die Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Psychotherapie gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V - unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen sowie der Veränderung der jeweils verwendeten Versichertenzahl zwischen dem entsprechenden Quartal des Jahres 2016 und dem jeweiligen Vorjahresquartal (1 bis 4/2017) fortentwickelt - addiert.

3.2.3. Zusätzlich wird das vorgenannte Ergebnis in Anwendung des 411. BA Teil B (Sitzung 19.12.2017) um den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 09372 bis 09374 und 20372 bis 20374 wie folgt erhöht: Der Erhöhungsbetrag ergibt sich für jedes Quartal des Jahres 2018 durch Multiplikation des jeweiligen Differenzbetrags der alten und neuen Bewertung der Gebührenordnungspositionen 09372 bis 09374 und 20372 bis 20374 mit der Häufigkeit der entsprechenden Gebührenordnungspositionen im jeweiligen Vorjahresquartal sowie der KV-spezifischen Abstaffelungsquote, die berechnet wird gemäß Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des Aufsatzwertebeschlusses.

3.3.
3.3.1. Zur Berücksichtigung der im Vergleich mit den Vorjahresquartalen geänderten Abgrenzung morbiditätsbedingter von extrabudgetärer Gesamtvergütung ist der Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.2.2 gemäß den Vorgaben des Aufsatzwertbeschlusses, Ziffer 2.2.1.2 i. V. m. dem 52. EBA in seiner Sitzung am 19.09.2017 („Abgrenzungsbeschluss“) anzupassen.

Von dem festgestellten, bereinigten Behandlungsbedarf, welcher nach den vorgenannten Regelungen angepasst wurde, sind danach die Punktmengen folgender Leistungsbereiche wie nachfolgend beschrieben abzuziehen bzw. hinzuzusetzen:

1. Mit Wirkung vom 01.01.2018 bis 31.03.2018 (Quartal 1/2018) in Umsetzung des 407. BA (schriftliche Beschlussfassung) werden die Punktmengen der Leistungen nach der Ziffer 4.54. und damit die GOP 22220 und 23220 EBM („Psychotherapeutische Gespräche - Einzelbehandlung“) abgezogen. Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird nicht auf 1,0 festgesetzt.

2. Mit Wirkung vom 01.01.2018 bis 30.09.2018 (Quartal 1/2018 bis 3/2018) in Umsetzung des 408. BA (schriftliche Beschlussfassung) werden die Punktmengen der Leistungen nach der Ziffer 4.56. Leistungen nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM („Palliativmedizinische Versorgung“) abgezogen. Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird nicht auf 1,0 festgesetzt.

3. Mit Wirkung vom 01.01.2018 bis 31.12.2018 (Quartal 1/2018 bis 4/2018) in Umsetzung des 402. BA (schriftliche Beschlussfassung) wird die Punktmenge der GOP 32530 EBM abgezogen, die ermittelt wird, indem der EURO-Wert durch den Punktwert des Vorjahresquartals dividiert wird.

4. Mit Wirkung vom 01.04.2018 bis 31.03.2019 (Quartal 2/2018 bis 1/2019) wird die Punktmenge der Leistungen nach der Ziffer 4.64. („Verordnung von medizinischer Rehabilitation“, GOP 01611 EBM) abgezogen. Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird gem. des 416. BA Teil B abweichend vom 383. BA, geändert durch den 401. BA, Ziffer 2.2.1.2 auf 1,0 festgesetzt.

5. Mit Wirkung vom 01.04.2018 bis 31.03.2019 (Quartal 2/2018 bis 1/2019) Leistungen nach der GOP 30800 EBM gem. der Ziffer 4.41 („Verordnung von Soziotherapie“) nach Maßgabe des 45. EBA in Verbindung mit dem Aufsatzwertebeschluss in die MGV überführt. Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird gem. des 45. EBA abweichend vom Aufsatzwertebeschluss Ziffer 2.2.1.2 auf 1,0 festgesetzt.

6. Mit Wirkung vom 01.07.2018 bis 30.06.2019 (Quartale 3/2018 bis 2/2019) in Umsetzung des 54. EBA Teil B für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der GOP 32151, 32720 bis 32727, 32750, 32759 bis 32763, 32772 und 32773 werden dem Behandlungsbedarf der vorgenannten Abrechnungsquartale jeweils 318.124 Punkte zugesetzt.

7. Mit Wirkung vom 01.10.2018 bis 30.09.2019 (Quartale 4/2018 bis 3/2019) in Umsetzung des 417. BA Teil B für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der GOP 01624 werden dem Behandlungsbedarf der vorgenannten Quartale jeweils 105.665 Punkte zugesetzt.

8. Mit Wirkung vom 01.10.2018 bis 30.09.2019 (Quartale 4/2018 bis 3/2019) in Umsetzung des 423. BA Teil C für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der GOP 19317 werden dem Behandlungsbedarf der vorgenannten Quartale jeweils 22.625 Punkte zugesetzt.

3.3.2.

(1) Die KVH hat in einer aufwändigen wissenschaftlichen Studie im Jahr 2017[2] festgestellt, dass die Versorgungskapazitäten der Kinderärzte in Hamburg ausgelastet sind. Insbesondere wurde deutlich, dass im Bereich der Grundversorgung von Kindern der Altersgruppe 0-4 Jahre einem möglichen Versorgungsengpass nur durch eine Mengenausweitung begegnet werden kann. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat hierzu in seiner Sitzung vom 25.04.2018 maßgebliche Feststellungen getroffen.[3] Die Partner dieser Honorarvereinbarung vereinbaren zur Sicherstellung der kinderärztlichen Grundversorgung durch Kinderärzte aus diesem Grunde nach § 87a Abs. 2 S. 3 SGB V ein Fördervolumen (FGK). Für das FGK werden einmalig 500.000 EUR von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt. Zur Umsetzung wird der Förderbetrag gleichwertig auf die Quartale 3/2018 bis 2/2019 aufgeteilt (125.000 EUR je Quartal) und nach den nachstehenden Regelungen verwendet, um einer zu erwartenden zunehmenden Belastung des Honorarkontingents der Kinderärzte zu begegnen.

(2) Der zur kassenseitigen Umsetzung von der jeweiligen Krankenkasse zu finanzierende Anteil am Förderbetrag ergibt sich aus der für das jeweilige Vorjahresquartal angewandten Aufteilung gem. der kassenspezifischen Anteile an der GOP 04000 (Versichertenpauschale bis zum vollendeten 4. Lebensjahr EBM; nachfolgend konkretisiert durch GOP 04001 mit allen Buchstabensuffixen als

[2] Dr. Sarah Strohkamp: Pädiatrische Grundversorgung unter Druck, in KVH -Journal 3/2018 Seite 8 bis 14; ISSN 2568 - 972X.

[3] Der Beschluss und die Begründung des Landesausschusses sind im Hamburger Ärzteblatt, Heft 5/2018 veröffentlicht.

technische GOP der ARZTRG87aKA-Datenlieferung). Der Förderbetrag wird als ein "Davon"-Ausweis der EGV-Gesamtsumme im Rechnungsbrief und zusätzlich im Formblatt 3 (bereichseigen) unter Vorgang 050 als EGV-Betrag ausgewiesen. Die KV Hamburg ist berechtigt, die Förderbeträge (Quartale 3/2018 bis 2/2019) quartalsweise mit dem jeweils ersten erreichbaren Abschlagstermin gem. der bilateralen gesamtvertraglichen Regelungen bei den Krankenkassen anzufordern.

(3) Wird von Kinderärzten das Ziel der Förderung (nach Absatz 6 dieser Ziffer) erreicht, so werden je Quartal Mittel in Höhe des förderfähigen Anteils (nach Absatz 7 dieser Ziffer) aus dem Fördervolumen in das Honorarkontingent der Kinderärzte überführt. Die so aus dem Fördervolumen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführten Mittel erhöhen diese unter Berücksichtigung des regionalen Punktwertes nach Ziffer 2 in Punkten mit dem entsprechenden Folgejahresquartal (3/18 in 3/19, 4/18 in 4/19; 1/19 in 1/20 und 2/19 in 2/20 usw.) für die Zukunft basiswirksam.

(4) Die Förderung beginnt im 3. Quartal 2018 und dauert längstens bis zum Ablauf des 2. Quartals 2021. Dabei werden nicht in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführte Beträge von Quartal zu Quartal tradiert. Wird das Fördervolumen früher ausgeschöpft, endet der Förderzeitraum zu diesem Zeitpunkt. Sofern nach Ablauf des Förderzeitraums noch Mittel im Fördertopf vorhanden sind, werden die Partner dieser Honorarvereinbarung gemeinsam über deren Verwendung beraten.

(5) Die Förderung bezieht sich auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Die Honorierung der Kinderärzte, die das Ziel der Förderung erreichen, bestimmt sich ausschließlich nach den Regelungen des Verteilungsmaßstabes. Ein Anspruch von Kinderärzten auf eine unmittelbare Vergütung aus dem Fördervolumen ist ausgeschlossen.

(6) Das Förderziel besteht in einer Steigerung des Versorgungsanteils von Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres in Höhe von 25 % gegenüber dem Vorjahresquartal je Kinderarzt. Indikator dafür ist die Abrechnungsfrequenz der GOP 04001. Soweit im Vorjahr die GOP 04001 nicht abgerechnet wurde, wird das Förderziel erreicht, wenn die GOP mindestens einmal abgerechnet wird. In Fällen der Übernahme eines bestehenden Vertragsarztsitzes wird zur Beurteilung der Erreichung des Versorgungszieles die Abrechnungsfrequenz der GOP 04001 des übernommenen Vertragsarztsitzes aus dem Vorjahresquartal herangezogen.

(7) Erreicht ein Kinderarzt dieses Ziel, so wird der für ihn im Quartal, in welchem das Förderziel erreicht wird, festgestellte Honoraranspruch unter Beachtung von Absatz 8 in Höhe des Anteils, der auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entfällt, in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gem. Absatz 3 dieser Ziffer überführt.

(8) Insofern eine Förderung im Vorjahresquartal für denselben Kinderarzt bereits erfolgte, findet eine Förderung nur dann statt, wenn das Ziel nach Absatz 6 vom jeweiligen Kinderarzt in den letzten 4 vorangegangenen Quartalen erreicht wur-

de. In diesen Fällen wird dessen Honoraranspruch unabhängig von der Abrechnungsfrequenz der GOP 04001 in den folgenden Quartalen nur noch so weit für die Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung herangezogen, wie er den Honoraranspruch im entsprechenden Vorjahresquartal überschreitet und Fördermittel gemäß Absatz 1 zur Verfügung stehen.

(9) Der Nachweis des Erreichens des Förderziels wird von der KVH gegenüber den Krankenkassen in Form einer tabellarischen Übersicht gem. Anlage 4 geführt. Diese beinhaltet eine aggregierten Darstellung der Abrechnungsergebnisse der jeweiligen Ärzte unter Angabe der LANR, die Abrechnungsfrequenzen der GOP 04001 im aktuellen und Vorjahresquartal sowie die quartalsbezogene Darstellung des Leistungsbedarfs innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Vergütung dieser Leistungen.

(10) Endet die vertragsärztliche Tätigkeit eines Kinderarztes, dessen Erreichen des Förderziels zu einer Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung beigetragen hat, ohne das eine Nachbesetzung seines Arztsitzes stattfindet, so wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um die entsprechenden Erhöhungsanteile bereinigt.

3.4. Im Anschluss daran erfolgt gemäß Ziffer 2.2.1.3 des Aufsatzwertbeschlusses für das jeweilige aktuelle Abrechnungsquartal der Abzug von Bereinigungsbeträgen aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V von dem festgestellten, bereinigten Behandlungsbedarf gem. Ziffer 3.3.1 dieser Vereinbarung.

3.5. Sofern Kassen gemäß Nr. 4.7 des 400. BA in seiner Sitzung am 31.08.2017 („Bereinigungsbeschluss“) auf eine Bereinigung verzichten, wird der gemäß Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung festgestellte Behandlungsbedarf gem. Nr. 4.7 Ziffer 7 des vorgenannten Beschlusses um die Summe der voraussichtlichen Bereinigungsvolumina aller betroffenen Kassen vermindert.

3.6. Berechnung der kassenspezifische Anteile am vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal

3.6.1. Der gemäß Ziffer 3.1. festgestellte und gemäß Ziffer 3.2. bis 3.5., mit Ausnahme von Ziffer 3.3.2., angepasste Behandlungsbedarf wird gemäß Ziffer 2.2.2 des Aufsatzwertebeschlusses unter Berücksichtigung der Prüfergebnisse nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a. F. (Altfälle) auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt. Dabei wird sichergestellt, dass die dort in Bezug genommenen ARZTRG87aKA-Satzarten des Vorjahresquartals in der Korrekturfassung gem. des 403. BA (schriftliche Beschlussfassung; „Umsetzung Wohnortprinzip Ersatzkassen“) entsprechend der geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Abrechnungsquartal angepasst werden. Dabei wird ferner sichergestellt, dass die Berücksichtigung der sich aus kassenseitigen Prüfanträgen ergebenden Korrekturen die insgesamt über alle Kassen zu zahlende MGV nicht verändert.

3.6.2. Der aufgeteilte Behandlungsbedarf wird für jede betroffene Kasse um den kassenspezifischen Anteil aus der Umsetzung des 402. BA in seiner Sitzung am 19.09.2017 zum Zwecke der Überführung der Leistungen der ärztlich angeordneten

Hilfeleistungen nach den GOP 03060 bis 03065 EBM in die MGV erhöht. Dieser Anteil berechnet sich für jedes der 4 Abrechnungsquartale des Jahres 2018 durch Multiplikation des kassenspezifischen Anteils an der Leistungsmenge für die GOP 03060 bis 03065 EBM im Vorjahresquartal mit dem Betrag von 671.261 EUR unter Berücksichtigung des regionalen Punktwertes nach Ziffer 2., d.h. mit jeweils 6.181.951,3 Punkten.

3.6.3. Der gem. Ziffer 3.6.2 aufgeteilte Behandlungsbedarf wird für jede betroffene Krankenkasse gemäß Nr. 4.7 Ziffer 7 des Bereinigungsbeschlusses um die voraussichtlichen Bereinigungsvolumina der jeweiligen Kasse erhöht. Die Summe der Erhöhung darf maximal dem Abzug in Ziffer 3.5 entsprechen.

3.7. Der so gem. Ziffer 3.6.3 auf die Kassen aufgeteilte Behandlungsbedarf ist anschließend gemäß Ziffer 2.2.3 des Aufsatzwertebeschlusses zur Berücksichtigung der Änderungen in der Versichertenzahl anzupassen.
Darüber hinaus sind die Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Psychotherapie gemäß Ziffer 2.2.3 Absatz 2 des Aufsatzwertebeschlusses. gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V - unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen sowie der Veränderung der jeweils verwendeten Versichertenzahl zwischen dem entsprechenden Quartal des Jahres 2016 und dem jeweiligen Abrechnungsquartal 2018 fortentwickelt - zu subtrahieren.

Die Berücksichtigung der in der Datenlieferung bzw. ANZVER87a ausgewiesenen Personengruppen erfolgt dabei in Anwendung der für die jeweilige Krankenkasse zutreffenden gesamtvertraglichen Regelung.

3.8. Der so kassenspezifisch ermittelte Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal ist wie folgt gemäß Ziffer 2.2.4 des Aufsatzwertbeschlusses fortzuentwickeln:

Die Berücksichtigung der Morbiditätsveränderung gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V erfolgt gem. des Aufsatzwertbeschlusses. Dabei erfolgt die Gewichtung der gemäß des 402. BA-Beschluss (Sitzung am 19.09.2017) berechneten Veränderungsraten zu 50 % anhand der Demografie (-0,3572 % * 50 % = -0,1786 %) und zu 50 % anhand der Diagnosen (-0,3610* 50 % = -0,1805 %). Der Aufsatzwert wird damit um 0,3591 % abgesenkt.

3.9.
3.9.1. Anschließend sind gem. Ziffer 2.2.4 Absatz 2 des Aufsatzwertbeschlusses die für das aktuelle Abrechnungsquartal aktualisierten vertragsübergreifenden Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten der Krankenkasse, multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenzahl der Krankenkasse im Vorjahresquartal, zu addieren.

3.9.2. Für Neueinschreiber in bzw. Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen erfolgt danach eine Differenzbereinigung gemäß des Bereinigungsbeschlusses. Es sind außer in den Fällen der Ziffern 3.9.3 und 3.9.4 zwingend die Regelungen gesonderter Bereinigungsvereinbarungen zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der KV Hamburg zu berücksichtigen.

3.9.3. In Fällen der KV-übergreifenden Bereinigung gemäß Nr. 4.5 des Bereinigungsbeschlusses, in denen die Krankenkasse oder der für sie zuständige Partner der Gesamtverträge verlangt, dass das geltende Bereinigungsverfahren der Vertrags-KV umgesetzt wird, sind die hierzu getroffenen verbindlichen Vorgaben des Bereinigungsbeschlusses und etwaiger Folgebeschlüsse einzuhalten und anzuwenden.

3.9.4. Das gleiche gilt für Fälle, in denen Krankenkassen gemäß Nr. 4.7 des Bereinigungsbeschlusses auf eine Bereinigung verzichten können.

3.10. Die Partner dieser Vereinbarung schreiben die Regelung gem. Ziffer 3.13 aus der Honorarvereinbarung 2017 zur basiswirksamen Umsetzung im Jahre 2018 entsprechend fort.
Der sich bei Anwendung der Regelungen in § 87a Absatz 4a Sozialgesetzbuch (SGB V) ergebende Betrag beträgt 4,2 Mio EUR („Konvergenz“). Die basiswirksame Erhöhung der MGV erfolgt schrittweise in Höhe von 2,1 Mio EUR für 2017 und weiteren 2,1 Mio EUR für 2018.
Für die basiswirksame Erhöhung des Behandlungsbedarfs 2018 werden 2,1 Mio EUR gleichmäßig auf die vier Quartale des Jahres 2018 verteilt. Die sich ergebenden Quartalswerte werden nach dem Aufteilungsschlüssel gemäß Ziffer 3.6.1 dieser Honorarvereinbarung 2018 auf die Kassen aufgeteilt und anschließend durch den regionalen Punktwert nach Ziffer 2 dividiert. Die sich hieraus ergebenden kassenspezifischen Punktzahlvolumina werden zu dem Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.9 hinzuaddiert.

3.11. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4. dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht kann ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V unter Beachtung der diesbezüglichen Empfehlungen des BA gem. § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V begründet werden. Insbesondere kann keine Nachschusspflicht aus Regelungen zur Honorarverteilung resultieren.

3.12. Für den Fall von Kassenfusionen vereinbaren die Vertragspartner, dass soweit zwischen den jeweiligen Gesamtvertragspartnern nicht etwas anderes vereinbart ist, der kassenspezifische Anteil gemäß Ziffer 3.6.1 der Summe der Anteile der fusionierten Krankenkassen entspricht.

4. Extrabudgetär vergütete Leistungen

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden folgende Leistungen des EBM von den Krankenkassen vergütet:

4.1. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe),

4.2. Leistungen des Kapitels 31 sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,

4.3. Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

4.4. Früherkennungsuntersuchungen nach der GOP 01723 (U 7 a),

4.5. Leistungen des Hautkrebsscreenings nach der GOP 01745, 01746,

4.6. Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

4.7. Leistungen der Strahlentherapie nach Kapitel 25 (GOP 25210 bis 25342) sowie Kostenpauschalen der Strahlentherapie nach Kapitel 40.15 (GOP 40840, 40841),

4.8. Phototherapeutische Keratektomien nach der GOP 31362, 31734, 31735 und 40680,

4.9. Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:
01510X bis 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08540 bis 08542, 08540X bis 08542X, 08550 bis 08552, 08550X bis 08552X, 08560, 08560X, 08561, 08561X, 08570 bis 08574, 08570X bis 08574X, 11301X, 11302X, 11351X, 11352X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X und 36822X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X und 32781X.

Der vorstehende und ggf. nach Maßgabe der KV Hamburg 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,

4.10. Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den GOP 01949 bis 01952 sowie nach der GOP 01960,

4.11. Excisionen beim Hautkrebsscreening nach den GOP 10343 und 10344,

4.12. Leistungen der Schmerztherapie nach Abschnitt 30.7.1. gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V,

4.13. Leistungen der Abschnitte 4.5.4 EBM (pädiatrische Nephrologie und Dialyse) und 13.3.6 (Nephrologie und Dialyse) EBM (ohne GOP 13620 - 13622) sowie die GOP 04000, 04040 und 04230 EBM, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden; einschließlich der leistungsbezogenen Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlungen mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahrens des Abschnitts 40.14 EBM,

4.14. NN

4.15. Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nach der GOP 13620 bis 13622 einschließlich der Sachkosten,

4.16. Kostenpauschalen nach den GOP 01425 und 01426 zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Die Rechnungslegung der Gebührenordnungspositionen 01425 und 01426 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 406, Ebene 6,

4.17. Spezialisierte Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922 und 30924,

4.18. Leistungen nach den GOP 30930 bis 30935 (neuropsychologische Therapie),

4.19. Leistungen nach den GOP 32821 und 32822 (genotypische Untersuchungen auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus),

4.20. Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882 „Laborleistungen im Zusammenhang mit der GOP 01732 EBM“,

4.21. Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger nach den GOP 01955 und 01956 des Abschnittes 1.8 im EBM,

4.22. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Neugeborenen-Hörscreening) nach den GOP 01704, 01705 und 01706 des Abschnittes 1.7.1 im EBM,

4.23. Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung nach der GOP 01833 des Abschnittes 1.7.5 im EBM,

4.24. Leistungen und Kosten im Rahmen der Balneophototherapie nach der GOP 10350 des Abschnittes 10.3 des EBM,

4.25. Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach den GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956,

4.26. Leistungen des Kapitels 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150) der in § 87b Absatz 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen („Psychotherapie“),

4.27. Leistungen nach den GOP 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 und 01418, (Haus- und Heimbesuche),

4.28. Leistungen nach den GOP 01776, 01777 und 01812 EBM (Screening auf Gestationsdiabetes),

4.29.
(1) Von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung

über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachte Hämato-/Onkologischen Zusatzpauschalen (GOP 13500 bis 13502), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie
von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachten Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 08345), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie
von Fachärzten für Urologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachte Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 26315 EBM), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111 EBM) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512 EBM), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden.

(2) Die genannten Leistungen werden zur Abgrenzung gegenüber den von anderen Arztgruppen erbrachten Leistungen, die innerhalb der MGV verbleiben, nach Maßgabe der KV Hamburg gekennzeichnet,

4.30. NN

4.31. Leistung gemäß GOP 34601 (Osteodensitometrische Untersuchung II),

4.32. Leistungen gemäß den GOP 04528, 04529, 13425 und 13426 (Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms),

4.33. Leistungen gemäß den GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 (intravitreale Medikamenteneingabe),

4.34. NN

4.35. Leistungen gemäß den GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222 und 27222 („Förderung von Leistungen und Strukturen im fachärztlichen Versorgungsbereich“),

4.36. Leistungen der Sozialpädiatrie gemäß der GOP 04356 („Förderung von Leistungen und Strukturen im hausärztlichen Versorgungsbereich“),

4.37. die Kostenpauschale nach der GOP 40582 („Sachkosten im Zusammenhang mit der Radionuklidtherapie bei Verwendung von Radium-223-dichlorid“),

4.38.
(1) Die GOP 99345 und 99315 als Zuschlag auf die GOP 86510 oder 86512 nach der „Onkologie-Vereinbarung“.

(2) Die GOP 99345 kann nur von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe abgerechnet werden, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der „Onkologie-Vereinbarung“ verfügen. Die Leistungsinhalte, Abrechnungsbestimmungen und Abrechnungsausschlüsse der GOP 08345 EBM gelten ebenso für die GOP 99345.

(3) Die GOP 99315 kann nur von Fachärzten für Urologie abgerechnet werden, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der „Onkologie-Vereinbarung“ verfügen. Die Leistungsinhalte, Abrechnungsbestimmungen und Abrechnungsausschlüsse der GOP 26315 EBM gelten ebenso für die GOP 99315.

(4) Die GOP 99345 und 99315 werden jeweils mit einer Punktzahl von 191 Punkten bewertet. Den Vertragspartnern ist bewusst, dass sich die Höhe der vorstehenden Bewertung aus der Bewertung der GOP 08345 bzw. 26315 EBM ergibt und zukünftige Änderungen dieser EBM-Bewertung entsprechende Anpassungen des Zuschlags zur Folge haben,

4.39. Leistungen der Rheumatologie nach den GOP 13690 bis 13692,

4.40. Leistungen nach den GOP des Abschnitts 34.7 EBM sowie die Kostenpauschale 40584 („Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)“),

4.41. Leistungen nach den GOP 30800 bis 31.03.2018, 30810 und 30811 („Verordnung von Soziotherapie“),

4.42. Leistungen nach den GOP 30980, 30981, 30984, 30985, 30986 und 30988 („spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung gemäß § 118a SGB V“),

4.43. Leistungen nach den GOP 11449 und 11514 EBM sowie den Abschnitten 19.4.2 und 19.4.4 EBM („humangenetische Leistungen“),

4.44. Leistungen nach den GOP 38200, 38202, 38205 und 38207 („Delegationsfähige Leistungen“),

4.45. Leistungen nach den GOP 37100, 37102, 37105, 37113 und 37120 („ärztliche Kooperations- und Koordinationsleistungen nach § 119b Abs. 2 SGB V“),

4.46. Leistungen nach den GOP 11304, 19406, 32865 und 32911 („Humangenetische Leistungen“),

4.47. die Kostenpauschale nach der GOP 40306 („Kosten im Zusammenhang mit der Qesü-RL für Perkutane Koronarinterventionen [PCI] und Koronarangiographien“),

4.48. Leistungen nach den GOP 01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701 („Medikationsplan“),

4.49. die GOP 01450 EBM („Videosprechstunde“),

4.50. NN

4.51. die GOP 34800, 34810, 34820 und 34821(„Telekonsile“),

4.52. die GOP 03355, 04590 und 13360 EBM („kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM)“),

4.53. die GOP 35151 und 35152 EBM („Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung“),

4.54. die GOP 22220 und 23220 EBM („Psychotherapeutische Gespräche - Einzelbehandlung“),

4.55. Leistungen nach den GOP 01702 und 01703 („Pulsoxymetrie-Screening“),

4.56. Leistungen nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM („Palliativmedizinische Versorgung“),

4.57. Leistungen nach dem Abschnitt 37.3 EBM („besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“,

4.58. Leistungen nach den GOP 02325 bis 02328 („Epilation mittels Laser“),

4.59. Leistungen nach den GOP 01460, 01461 und 01626 (Verordnung von Cannabis),

4.60. Leistungen nach den GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943 und 32948 bis 32949 (HLA-Antikörperdiagnostik).

4.61. die GOP 08312, 08313, 26316 und 26317, die Kostenpauschale 40161 sowie die GOP 08311, 26310 und 26311, die in derselben Sitzung mit den Gebührenordnungspositionen 08312 oder 26316 erbracht werden (transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin),

Die Kennzeichnung von Zystoskopien nach den Gebührenordnungspositionen 08311, 26310 und 26311 bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin nach den Gebührenordnungspositionen 08312 bzw. 26316 durchgeführt wird, erfolgt anhand bundeseinheitlich kodierter Zusatzkennzeichen.

4.62. die GOP 01640, 01641 und 01642 („Notfalldatenmanagement“),

4.63. Kostenpauschalen 86900 (Versendung e-Arztbrief) und 86901 (Empfangen e-Arztbrief) gemäß der Richtlinie über die Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291f SGB V,

4.64. ab dem 01.04.2018 Leistungen nach der GOP 01611 („Verordnung von medizinischer Rehabilitation“),

4.65. ab dem 01.07.2018 Leistungen nach den GOP 32459 („Procalcitonin (PCT)“), 32774 und 32775 („Zuschläge für die Durchführung von phänotypischen Bestätigungstesten“),

4.66. ab dem 01.10.2018 Leistungen nach den GOP 34298 (Zuschlag für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei koronarer Herzkrankheit) und 40301 (Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34298),

4.67. ab dem 01.10.2018 Leistungen nach den GOP 30210, 30212, 30216 und 30218 („Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“),

4.68. ab dem 01.01.2018 Leistungen nach der GOP 01650 („Zuschlag Qesü-RL, nosokomiale Infektionen“).

5. Zuschläge auf besonders förderungswürdige Leistungen

Für Hyposensibilisierungsbehandlungen (GOP 30130, 30131) nach 3 Jahren Behandlungsdauer wird ein Zuschlag in Höhe von 100 EUR einmal je Patient (GOP 98000) gezahlt. Dieser Zuschlag ist nicht für Behandlungen von Insektenstichallergien berechnungsfähig.

Zur Begründung wird darauf verwiesen, dass die Zahl der Patienten mit allergischen Erkrankungen weltweit, vor allem in den Industrienationen, zunimmt. Experten schätzen, dass nur etwa 10 % der allergischen Patienten entsprechend den aktuellen Leitlinien behandelt werden. Zudem ist die Behandlung sehr langwierig und dauert 3 Jahre. Durch das Abstellen auf den Abschluss der 3jährigen Behandlung wird gleichzeitig die Wirtschaftlichkeit gefördert, da sichergestellt wird, dass die Erfolgschancen bei vollständiger Durchführung der Immuntherapie steigen.
Für die Patienten ist die Behandlung mit Unannehmlichkeiten verbunden, weshalb das Thema „Compliance“ eine wichtige Rolle spielt. Den Vertragspartner ist bewußt, dass ein Anstieg der Gesamtzahl von allergischen Patienten im Gegensatz zu einem gleichzeitig unterproportionalen Anteil von Patienten, die eine spezifische Immuntherapie erhalten, existiert. Infolge dessen könnten zusätzliche Kosten im Gesundheitswesen durch die Progredienz der Erkrankungen entstehen,
z. B. durch eine Zunahme des allergischen Asthmas.[4] Ebenso ist die medikamentöse Behandlung allergische Symptome unter Kostengesichtspunkten zu berücksichtigen und unter medizinischen Gesichtspunkten mit Blick auf mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten ggf. problematisch.
Deshalb ist es insbesondere vor dem Hintergrund vom Ausbleiben schwerer Erkrankungen bei einer erfolgreichen Durchführung der Hyposensibiliserung geradezu wünschenswert und versorgungspolitisch notwendig, wenn diese Behandlungen im Einzelfall durch diese zusätzliche Förderung als Zuschlag erfolgreich zu Ende geführt.

[4] Biermann J., Merk H., Wehrmann W., Klimek L., Wasem J., Allergische Erkrankungen der Atemwege - Ergebnisse einer umfassenden Patientenkohorte in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, Allergo J 2013; 22(6) 366 - 73.

6. Wegepauschalen

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

6.1. Für jeden Besuch nach den GOP 01410, 01411, 01412, 01721, 01415 oder 01418 sowie für die erste Visite nach der GOP 01414 genannten Einrichtungen sowie einmal zu Leistungen nach der GOP 05230 eine Wegepauschale nach Wegebereichen und Besuchszeiten in folgender Höhe:

a) Pauschale für Besuche nach den GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

   3,53 EUR (Abrechnungsnummer: 97234);

b) Pauschale für Besuche nach den GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

   6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97235);

c) Pauschale für Besuche nach den GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

   10,14 EUR (Abrechnungsnummer: 97236);

d) Pauschale für Besuche nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

   6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97237);

e) Pauschale für Besuche nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

   10,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97238);

f) Pauschale für Besuche nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

   14,55 EUR (Abrechnungsnummer: 97239);

g) Pauschale für einen Besuch nach den GOP 01410 oder 01414 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

   11,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97160);

h) Pauschale für einen Besuch nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

   16,32 EUR (Abrechnungsnummer: 97161).

6.2. Die Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet. Die KV Hamburg stellt jedem Vertragsarzt hierfür eine Karte im Maßstab 1 : 50.000 zur Verfügung, auf der sowohl der Praxissitz als auch die Grenzen für den Rand und den Fernbereich eingezeichnet sind.

6.3. Die Wegepauschalen sind je Besuch bzw. Visite unabhängig davon berechnungsfähig, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung der jeweiligen Wegepauschale nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines der drei Wegebereiche.

6.4. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale der KV Hamburg mit einem Fahrdienst ausgeführt, so werden die Beträge für Wegeentschädigungen nicht an den Arzt abgeführt, sondern als Kosten des Notfalldienstes einbehalten. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale nicht mit einem Fahrdienst, sondern im eigenen Wagen des Arztes ausgeführt, so erhält der Arzt in einem generell im Notfalldienst mit Fahrdienst befahrenen Bezirk den von den Kostenträgern gem. der Verträge über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen vom 13.03.2006 in der jeweils gültigen Fassung zu zahlenden Pauschalbetrag. Dies gilt nicht für Leistungen, die von Vertragsärzten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten sowie bei gegenseitiger Vertretung erbracht werden.

6.5. Für die Berechnung der Wegepauschale ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist.

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

7. Belegärztliche Leistungen

Innerhalb der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Krankenkassen wird die stationäre vertragsärztliche Tätigkeit mit Ausnahme der Nr. 4.1. dieses Vertrages wie folgt vergütet:

7.1. Dem anerkannten Belegarzt werden die Visiten im Krankenhaus je Patient nach der GOP 01414 vergütet. Beim jeweils ersten Aufsuchen der Belegklinik am Behandlungstag wird zusätzlich für den ersten visitierten Patienten die entsprechende Wegepauschale nach Nr. 6. vergütet. Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung von Besuchen ausgeschlossen.

7.2. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

7.3. Ferner gelten für die Vergütung des Belegarztes folgende Besonderheiten:

a) Leistungen, für die in der regionalen EUR-Gebührenordnung bei belegärztlicher Leistungserbringung ein Abschlag vorgesehen ist, werden entsprechend bewertet.

b) Leistungen der Kapitel 33 und 34 der regionalen EUR-Gebührenordnung werden mit 60 % der Sätze der Gebührenordnung bewertet; können diese Leistungen im Belegkrankenhaus nicht erbracht werden, werden sie mit den Sätzen der Gebührenordnung bewertet.

c) Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen des Kapitels 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung, die mit mindestens 6,00 EUR bewertet sind, werden mit den Sätzen der regionalen EUR-Gebührenordnung bewertet. Die Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen aus dem Kapitel 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in § 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

d) Alle übrigen Leistungen, die in der regionalen EUR-Gebührenordnung mit mehr als 6,00 EUR bewertet oder als Zuschlag beschrieben sind, werden mit dem vollen Satz der regionalen EUR-Gebührenordnung bewertet.

e) Leistungen, die in der regionalen EUR-Gebührenordnung mit weniger als 6,00 EUR bewertet sind, werden nicht vergütet.

7.4. Die reduzierten Vergütungssätze nach Nr. 7.3. gelten unabhängig davon, ob die Geräte dem Krankenhaus oder dem Belegarzt gehören.

7.5. Vom Belegarzt konsiliarisch oder mitbehandelnd hinzugezogene Vertragsärzte, die nicht selbst Belegärzte in demselben Belegkrankenhaus sind, rechnen ihre Leistungen nach den Bedingungen für die ambulant-kurative Versorgung ab.

Für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses zur Durchführung von Anästhesieleistungen wird dem Facharzt für Anästhesiologie für jeden Kranken einmal am Behandlungstag die GOP 05230 vergütet.

7.6. Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Punkte 7.1. bis 7.4. vergütet.

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.

a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitschaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.

   Die Krankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.

   Der Belegarzt hat - ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers - gegenüber der KV Hamburg nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind.

b) Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.

   Dies gilt auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Krankenkassen ein Betrag von 3,07 EUR pro Patient und Pflegetag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflegetage.

7.8. Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung des Bereitschaftsdienstes vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr. 7.7. dieser Anlage, ohne dass es einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf.

8. Rechnungslegung

Die KV Hamburg stellt eine Rechnungslegung entsprechend der Regelungen dieses Vertrages sicher. In die Rechnung fließen die kassenindividuelle morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (höchstzulässige Obergrenze), Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß dieser Honorarvereinbarung und gesonderten vertraglichen Regelungen sowie durchlaufende Posten ein.

9. Sachlich-rechnerische Berichtigungen

Honorar-Rückforderungen betreffend Leistungen außerhalb der MGV aus nachträglichen sachlich-rechnerischen Berichtigungen sowie Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind von der KV Hamburg an die jeweilige Krankenkasse zurückzuzahlen. Die KV Hamburg teilt den Vertragspartnern die sich aus entsprechenden rechtskräftig abgeschlossenen Verfahren ergebende Beträge mit.

10. Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V

Honorarkürzungen, die die KV Hamburg wegen fehlenden Nachweises der fachlichen Fortbildung nach § 95d Abs. 3 SGB V vornimmt, sind anteilig für den Fall, der die Leistungen außerhalb der MGV betrifft, an die Krankenkasse zurückzuzahlen. Basis für die Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen ist der Anteil je Krankenkasse am Volumen der Leistungen außerhalb der MGV gemäß Formblatt (bereichseigen) des die Kürzung betreffenden Quartals. Die Rückzahlung erfolgt jeweils in dem übernächsten Quartal, das auf das die Kürzung betreffenden Quartal folgt. Der Ausweis erfolgt im Formblatt, Kontenart 400, Vorgang 141.

11. Kostenerstattung

Die Anrechnung von Kostenerstattungen nach § 13 Absatz 2 und § 53 Absatz 4 SGB V auf die MGV erfolgt nach Maßgabe gesonderter vertraglicher Regelungen.

12. Verspätet eingereichte Behandlungsausweise

Verspätet eingereichte Behandlungsausweise werden dem Quartal des Zeitpunktes der Einreichung zugerechnet, mit den Behandlungsausweisen des Abrechnungsquartals zusammengeführt und nach den Bestimmungen des Verteilungsmaßstabes vergütet, die zum Zeitpunkt der Einreichung gelten. Dies gilt nicht, soweit hinsichtlich der abgerechneten Leistungen zwischenzeitlich Änderungen des EBM bzw. der Vergütungsstruktur und –höhe erfolgt sind. Insoweit erfolgt die Vergütung zu den Bedingungen des Abrechnungsquartals der Leistungserbringung. Den Krankenkassen dürfen durch die Zurechnung verspätet eingereichter Behandlungsausweise gegenüber dem Quartal der Erbringung der Leistung keinerlei zusätzliche finanzielle Belastungen entstehen.

13. Sonstiges

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages und seiner Anlagen.

<u>Anlage 1</u>
zur Honorarvereinbarung 2018

Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg

wird noch ausgeführt

Anlage 2
zur Honorarvereinbarung 2018

Quartal 1/2018

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2018 in Hamburg

Nr.	Ziffer HON 2018	Beschreibung
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im Quartal 1/2017 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	3.2.1	Erhöhung um 0,27 % zur Umsetzung des 403. BA („Umsetzung WOP Ersatzkassen“)
3.	3.2.2	Addition der Summe der kassenspezifischen Ausdeckelungsbeträge des Vorjahresquartals 1/2017 aufgrund der Höherbewertung Psychotherapie gem. des Aufsatzwertebeschlusses inkl. der Änderungen durch den 380. BA-Beschluss [Summe Kassenspezifischer Anteile / (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 1/2016) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 1/2017)]
4.	3.2.3	Addition des Erhöhungsbetrages für den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 09372 bis 09374 und 20372 bis 20374 [je o.g. GOP (Differenzbetrag der alten und neuen Bewertung)* (Häufigkeit der entsprechende GOP im Vorjahresquartal 1/2017 gem. ARZTRG-Dateien) * (KV-Spezifische Abstaffelungsquote gem. Nr. 2.2.1.2. Ziffer 2 Aufsatzwertebeschluss)]
5.	3.3.1	Berücksichtigung des Abgrenzungsbeschlusses im Rahmen des Aufsatzwertebeschlusses gem. Ziffer 2.2.1.2 unter Berücksichtigung der korrigierten ARZTRG-Dateien gem. des 403. BA („Umsetzung WOP Ersatzkassen“) Abzug der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 1 bis 3 der Honorarvereinbarung

6.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung
7.	3.5	Abzug Summe der voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5 der Honorarvereinbarung
8.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 + 2 + 3 + 4 - 5 ± 6 – 7

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Nr.	Ziffer HON 2018	Beschreibung	**a) GKV-weit**	**b) Einzel-kasse**
9.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im Quartal 1/2017 in Punkten (Satzart: korrigierte ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK gem. des 403. BA [„Umsetzung WOP Ersatzkassen“]). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert.		
10.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle)		
11.	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 4 und Nr. 5 genannten Leistungen im Quartal 1/2017 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
12.		Angepasste Leistungsmenge in Punkten = 9 – 10 + 11		

13.		Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf in Prozent = 12b / 12a		
14.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = 8 * 13		
15.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des kassenspezifischen Anteils an der Erhöhung des Behandlungsbedarfes zur Umsetzung des 402. BA (Überführung der GOP 03060 bis 03065 in die MGV) =14 + [(Leistungsmenge GOP 03060 bis 03065 des Vorjahresquartals_IK / Leistungsmenge GOP 03060 bis 03065 des Vorjahresquartals_SUM)*(6.181.951,3 Punkte)]		
16.	3.6.3	Ermittlung und Hinzuaddierung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht = 15 + kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

17.	3.7	Anpassung Versichertenzahl: = 16 / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des Quartals 1/2017) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 1/2018)
18.	3.7	Subtraktion der fortentwickelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Psychotherapie gemäß Ziffer 2.2.3 des 383. BA bzw. Ziffer 3.7 der Honorarvereinbarung: = 17 - [Kassenspezifischer Anteil aus Nr. 3 / (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 1/2016) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 1/2018)]

19.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = 18 + (18 * - 0,3591 %)

20.	3.9.1	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 19 + [(auf das Abrechnungsquartal 1/2018 aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten) * (ANZVER87a_IK im Quartal 1/2018 - ANZVER87a_IK im Quartal 1/2017)]
21.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)
22.	3.10	Berücksichtigung des kassenspezifischen Punktzahlvolumens aufgrund der Regelung nach § 87a Abs. 4a SGB V („Konvergenz“)
23.	2.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: = (20 ± 21 + 22) * 0,108584 = Kassenspezifische MGV in Euro

Um nachträgliche Korrekturen des jeweiligen Formblatts 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGV vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGV-Berechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Anlage 2
zur Honorarvereinbarung 2018

Quartal 2/2018

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2018 in Hamburg

Nr.	Ziffer HON 2018	Beschreibung
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im Quartal 2/2017 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	3.2.1	Erhöhung um 0,27 % zur Umsetzung des 403. BA („Umsetzung WOP Ersatzkassen“)
3.	3.2.2	Addition der Summe der kassenspezifischen Ausdeckelungsbeträge des Vorjahresquartals 2/2017 aufgrund der Höherbewertung Psychotherapie gem. des Aufsatzwertebeschlusses inkl. der Änderungen durch den 380. BA-Beschluss [Summe Kassenspezifischer Anteile / (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 2/2016) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 2/2017)
4.	3.2.3	Addition des Erhöhungsbetrages für den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 09372 bis 09374 und 20372 bis 20374 [je o.g. GOP (Differenzbetrag der alten und neuen Bewertung)* (Häufigkeit der entsprechende GOP im Vorjahresquartal 2/2017 gem. ARZTRG-Dateien) * (KV-Spezifische Abstaffelungsquote gem. Nr. 2.2.1.2. Ziffer 2 Aufsatzwertebeschluss)]

5.	3.3.1	Berücksichtigung des Abgrenzungsbeschlusses im Rahmen des Aufsatzwertebeschlusses gem. Ziffer 2.2.1.2 unter Berücksichtigung der korrigierten ARZTRG-Dateien gem. des 403. BA („Umsetzung WOP Ersatzkassen“) Abzug der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 2 bis 4 sowie Hinzuaddieren der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 5 der Honorarvereinbarung
6.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung
7.	3.5	Abzug Summe der voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5 der Honorarvereinbarung
8.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 + 2 + 3 + 4 ± 5 ± 6 - 7

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Nr.	Ziffer HON 2018	Beschreibung	**a) GKV-weit**	**b) Einzelkasse**
9.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im Quartal 2/2017 in Punkten (Satzart: korrigierte ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK gem. des 403. BA [„Umsetzung WOP Ersatzkassen“]). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert.		
10.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen		

		Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle)		
11.	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 4 und Nr. 5 genannten Leistungen im Quartal 2/2017 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
12.		Angepasste Leistungsmenge in Punkten = 9 – 10 + 11		
13.		Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf in Prozent = 12b / 12a		
14.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = 8 * 13		
15.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des kassenspezifischen Anteils an der Erhöhung des Behandlungsbedarfes zur Umsetzung des 402. BA (Überführung der GOP 03060 bis 03065 in die MGV) =14 + [(Leistungsmenge GOP 03060 bis 03065 des Vorjahresquartals_IK / Leistungsmenge GOP 03060 bis 03065 des Vorjahresquartals_SUM)*(6.181.951,3 Punkte)]		
16.	3.6.3	Ermittlung und Hinzuaddierung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht = 15 + kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

17.	3.7	Anpassung Versichertenzahl:

		= 16 / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des Quartals 2/2017) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 2/2018)
18.	3.7	Subtraktion der fortentwickelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Psychotherapie gemäß Ziffer 2.2.3 des 383. BA bzw. Ziffer 3.7 der Honorarvereinbarung: = 17 - [Kassenspezifischer Anteil aus Nr. 3 / (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 2/2016) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 2/2018)]
19.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = 18 + (18 * - 0,3591 %)
20.	3.9.1	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 19 + [(auf das Abrechnungsquartal 2/2018 aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten) * (ANZVER87a_IK im Quartal 2/2018 - ANZVER87a_IK im Quartal 2/2017)]
21.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)
22.	3.10	Berücksichtigung des kassenspezifischen Punktzahlvolumens aufgrund der Regelung nach § 87a Abs. 4a SGB V („Konvergenz“)
23.	2.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: = (20 ± 21 + 22) * 0,108584 = Kassenspezifische MGV in Euro

Um nachträgliche Korrekturen des jeweiligen Formblatts 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGV vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGV-Berechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Anlage 2
zur Honorarvereinbarung 2018

Quartal 3/2018

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2018 in Hamburg

Nr.	Ziffer HON 2018	Beschreibung
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im Quartal 3/2017 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	3.2.1	Erhöhung um 0,27 % zur Umsetzung des 403. BA („Umsetzung WOP Ersatzkassen“)
3.	3.2.2	Addition der Summe der kassenspezifischen Ausdeckelungsbeträge des Vorjahresquartals 3/2017 aufgrund der Höherbewertung Psychotherapie gem. des Aufsatzwertebeschlusses inkl. der Änderungen durch den 380. BA-Beschluss [Summe Kassenspezifischer Anteile / (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 3/2016) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 3/2017)]
4.	3.2.3	Addition des Erhöhungsbetrages für den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 09372 bis 09374 und 20372 bis 20374 [je o.g. GOP (Differenzbetrag der alten und neuen Bewertung)* (Häufigkeit der entsprechende GOP im Vorjahresquartal 3/2017 gem. ARZTRG-Dateien) * (KV-Spezifische Abstaffelungsquote gem. Nr. 2.2.1.2. Ziffer 2 Aufsatzwertebeschluss)]

5.	3.3.1	Berücksichtigung des Abgrenzungsbeschlusses im Rahmen des Aufsatzwertebeschlusses gem. Ziffer 2.2.1.2 unter Berücksichtigung der korrigierten ARZTRG-Dateien gem. des 403. BA („Umsetzung WOP Ersatzkassen“) Abzug der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 2 bis 4 sowie Hinzuaddieren der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 5 bis 6 der Honorarvereinbarung
6.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung
7.	3.5	Abzug Summe der voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5 der Honorarvereinbarung
8.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 + 2 + 3 + 4 ± 5 ± 6 - 7

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Nr.	Ziffer HON 2018	Beschreibung	**a) GKV-weit**	**b) Einzelkasse**
9.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im Quartal 3/2017 in Punkten (Satzart: korrigierte ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK gem. des 403. BA [„Umsetzung WOP Ersatzkassen“]). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert.		
10.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle)		

11.	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 4 und Nr. 5 genannten Leistungen im Quartal 3/2017 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
12.		Angepasste Leistungsmenge in Punkten = 9 – 10 + 11		
13.		Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf in Prozent = 12b / 12a		
14.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = 8 * 13		
15.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des kassenspezifischen Anteils an der Erhöhung des Behandlungsbedarfes zur Umsetzung des 402. BA (Überführung der GOP 03060 bis 03065 in die MGV) =14 + [(Leistungsmenge GOP 03060 bis 03065 des Vorjahresquartals_IK / Leistungsmenge GOP 03060 bis 03065 des Vorjahresquartals_SUM)*(6.181.951,3 Punkte)]		
16.	3.6.3	Ermittlung und Hinzuaddierung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht = 15 + kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

17.	3.7	Anpassung Versichertenzahl: = 16 / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des Quartals 3/2017) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 3/2018)
18.	3.7	Subtraktion der fortentwickelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Psychotherapie gemäß Ziffer 2.2.3 des 383. BA bzw. Ziffer 3.7 der Honorarvereinbarung: = 17 - [Kassenspezifischer Anteil aus Nr. 3 / (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 3/2016) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 3/2018)]
19.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = 18 + (18 * - 0,3591 %)
20.	3.9.1	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 19 + [(auf das Abrechnungsquartal 3/2018 aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten) * (ANZVER87a_IK im Quartal 3/2018 - ANZVER87a_IK im Quartal 3/2017)]
21.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)
22.	3.10	Berücksichtigung des kassenspezifischen Punktzahlvolumens aufgrund der Regelung nach § 87a Abs. 4a SGB V („Konvergenz“)
23.	2.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: = (20 ± 21 + 22) * 0,108584 = Kassenspezifische MGV in Euro

Um nachträgliche Korrekturen des jeweiligen Formblatts 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGV vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGV-Berechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Anlage 2
zur Honorarvereinbarung 2018

Quartal 4/2018

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2018 in Hamburg

Nr.	Ziffer HON 2018	Beschreibung
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im Quartal 4/2017 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	3.2.1	Erhöhung um 0,27 % zur Umsetzung des 403. BA („Umsetzung WOP Ersatzkassen“)
3.	3.2.2	Addition der Summe der kassenspezifischen Ausdeckelungsbeträge des Vorjahresquartals 4/2017 aufgrund der Höherbewertung Psychotherapie gem. des Aufsatzwertebeschlusses inkl. der Änderungen durch den 380. BA-Beschluss [Summe Kassenspezifischer Anteile / (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 4/2016) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 4/2017)]
4.	3.2.3	Addition des Erhöhungsbetrages für den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 09372 bis 09374 und 20372 bis 20374 [je o.g. GOP (Differenzbetrag der alten und neuen Bewertung)* (Häufigkeit der entsprechende GOP im Vorjahresquartal 4/2017 gem. ARZTRG-Dateien) * (KV-Spezifische Abstaffelungsquote gem. Nr. 2.2.1.2. Ziffer 2 Aufsatzwertebeschluss)]

5.	3.3.1	Berücksichtigung des Abgrenzungsbeschlusses im Rahmen des Aufsatzwertebeschlusses gem. Ziffer 2.2.1.2 unter Berücksichtigung der korrigierten ARZTRG-Dateien gem. des 403. BA („Umsetzung WOP Ersatzkassen“) Abzug der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 3 bis 4 sowie Hinzuaddieren der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 5 bis 8 der Honorarvereinbarung
6.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung
7.	3.5	Abzug Summe der voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5 der Honorarvereinbarung
8.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 + 2 + 3 + 4 ± 5 ± 6 - 7

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Nr.	Ziffer HON 2018	Beschreibung	**a) GKV-weit**	**b) Einzelkasse**
9.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im Quartal 4/2017 in Punkten (Satzart: korrigierte ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK gem. des 403. BA [„Umsetzung WOP Ersatzkassen“]). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert.		
10.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle)		

11.	3.6.1	Anpassung um die Leistungsmengen für die in Nr. 4 und Nr. 5 genannten Leistungen im Quartal 4/2017 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
12.		Angepasste Leistungsmenge in Punkten = 9 - 10 + 11		
13.		Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf in Prozent = 12b / 12a		
14.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = 8 * 13		
15.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des kassenspezifischen Anteils an der Erhöhung des Behandlungsbedarfes zur Umsetzung des 402. BA (Überführung der GOP 03060 bis 03065 in die MGV) =14 + [(Leistungsmenge GOP 03060 bis 03065 des Vorjahresquartals_IK / Leistungsmenge GOP 03060 bis 03065 des Vorjahresquartals_SUM)*(6.181.951,3 Punkte)]		
16.	3.6.3	Ermittlung und Hinzuaddierung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht = 15 + kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumens		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

17.	3.7	Anpassung Versichertenzahl: = 16 / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des Quartals 4/2017) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 4/2018)
18.	3.7	Subtraktion der fortentwickelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Psychotherapie gemäß Ziffer 2.2.3 des 383. BA bzw. Ziffer 3.7. der Honorarvereinbarung: = 17 - [Kassenspezifischer Anteil aus Nr. 3 / (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 4/2016) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 4/2018)]
19.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = 18 + (18 * - 0,3591 %)
20.	3.9.1	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 19 + [(auf das Abrechnungsquartal 4/2018 aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten) * (ANZVER87a_IK im Quartal 4/2018 - ANZVER87a_IK im Quartal 4/2017)]
21.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)
22.	3.10	Berücksichtigung des kassenspezifischen Punktzahlvolumens aufgrund der Regelung nach § 87a Abs. 4a SGB V („Konvergenz“)
23.	2.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: = (20 ± 21 + 22) * 0,108584 = Kassenspezifische MGV in Euro

Um nachträgliche Korrekturen des jeweiligen Formblatts 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGV vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGV-Berechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2018

Rechenweg des regionalen Punktwertzuschlags gem. Nr. 2 der Honorarvereinbarung 2018 (nach Dau, 2013; lt. BSG-Urteil 2017)

- - basierend auf drei volkswirtschaftliche Indikatoren
    - Arbeitnehmerentgelt je Arbeitnehmer$_1$
    - Arbeitnehmerentgelt je geleisteter Arbeitsstunde$_2$
    - Bruttoinlandsprodukt je Einwohner$_3$
- es sind jeweils die Werte des (Vor-)vorjahres anzusetzen;
- als allgemein zugängliche Quelle dient das Gemeinsame Datenangebot der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder → http://www.vgrdl.de/VGRdL/ (für die Berechnung des regionalen Punktwertzuschlages des Jahres 2018 wird abschließend der Berechnungsstand: August 2017 / Februar 2018 verwendet. Spätere Korrekturen der verwendeten Berechnungsgrundlagen durch die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder bleiben unberücksichtigt.)
- im Folgenden werden die Ergebnisse der Berechnungsschritte 1. bis 5. sowie 7. in Prozent [%] und die Ergebnisse der Berechnungsschritte 6.1 bis 6.3 in EuroCent [cent] ausgewiesen

1. Prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

je volkswirtschaftlicher Indikator$_{1,2,3}$ gilt: $a_{1,2,3}$ = ((Wert_HH / Wert_Bund) * 100) - 100

2. Durchschnittliche, prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

arithmetisches Mittel der prozentualen Abweichungen $a_{1,2,3}$: $\bar{a} = 1/3 * (a_1 + a_2 + a_3)$

3. Schätzung der prozentualen Abweichung arztpraxisrelevanter Kosten $b_{Praxiskosten}$ in Hamburg vgl. zum Bund

auf Grundlage der durchschnittlichen, prozentualen Abweichung $\bar{a}$ (HH *vs.* Bund) der volkswirtschaftlichen Indikatoren gilt: $b_{Praxiskosten} = (\bar{a} / 2) - 1$ %

4. Schätzung des prozentualen Honorarzuschlags $c_{Personal/Miete}$ zum Ausgleich höherer Praxiskosten in Hamburg vgl. zum Bund

$b_{Praxiskosten}$ gilt mindestens für den Kostenblock Personal & Miete, für den ein Arzt etwa 30 % der Praxiskosten aufbringt, daher gilt: $c_{Personal/Miete} = b_{Praxiskosten} * 30\ \%$

5. Anpassung des Zuschlags $c_{Personal/Miete}$ aufgrund der betriebswirtschaftlichen Attraktivität Hamburgs

Begrenzung des prozentualen Zuschlags um 1/3 der Schätzung:

$$c_{Personal/Miete**} = c_{Personal/Miete} - (c_{Personal/Miete} / 3)$$

6. Anpassung des Zuschlags unter Berücksichtigung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr

6.1 Berechnung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr

$$d_{OPW_Differenz}\ [cent] = OPW_{aktuell}\ [cent] - OPW_{Vorjahr}\ [cent]$$

6.2 Berechnung des Zuschlags basierend auf $OPW_{Vorjahr}$:

$$e_{Zuschlag_OPW\ Vorjahr}\ [cent] = OPW_{Vorjahr}\ [cent] * c_{Personal/Miete**}$$

6.3 Berechnung des aktuellen Zuschlags abzüglich der Steigerung des OPWs zum Vorjahr

$$f_{Zuschlag\text{-}OPWSteigerung}\ [cent] = e_{Zuschlag_OPW\ Vorjahr}\ [cent] - d_{OPW_Differenz}\ [cent]$$

7. Berechnung des prozentualen, regionalen Punktwertzuschlags x

$$x = (f_{Zuschlag\text{-}OPWSteigerung}\ [cent] / OPW_{aktuell}\ [cent]) * 100$$

Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2018

1. Die Partner dieser Vereinbarung sind sich darüber einig, dass andere zwischen Ihnen geschlossene Verträge durch den Abschluss dieser Vereinbarung unberührt bleiben.

2. Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung der Wegepauschalen vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr. 6. dieser Vereinbarung, ohne dass es diesbezüglich einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf. Die Partner dieser Vereinbarung werden prüfen, welche Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch eine Aufnahme der Wegepauschalen in den EBM notwendig wird, soweit nicht der Bewertungsausschuss entsprechende Regelungen verabschiedet.

3. Sind Falschabrechnungen von Leistungen innerhalb der MGV für vergangene Abrechnungszeiträume aufgrund Rechnungsprüfung nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) einvernehmlich oder durch rechtskräftiges Urteil festgestellt worden, so wird die betreffende kassenspezifische Leistungsmenge eines Abrechnungsquartals um das aus dem gesamten, vorangegangenen Prüfzeitraum ermittelte gesamte Punktzahlvolumen gekürzt. Diese Reduzierung der Leistungsmenge erfolgt spätestens im nächsten, auf die Einigung bzw. die Rechtskraft des Urteils folgenden Abrechnungsquartal. Eine rückwirkende Änderung der Datengrundlagen (ARZTRG- und KASSRG-Daten) zur Bestimmung der Aufsatzwerte findet nicht statt. Das Nähere ist in der Anlage 2 dieser Vereinbarung geregelt.

Hierdurch wird gewährleistet, dass die Berücksichtigung, die insgesamt über alle Kassen zu zahlende MGV nicht verändert.

4. Infolge der Vereinbarung eines Rechenweges für die Ermittlung des Punktwertzuschlages in 2018 gem. Ziffer 2 in Verbindung mit Anlage 3 dieser Honorarvereinbarung und entsprechenden Nachtragsregelungen zu den Honorarvereinbarungen 2014 bis 2017 fand endgültig eine Neuberechnung der Punktwertzuschläge für die Jahre 2014 bis 2017 auf Basis der Statistikdaten Berechnungsstand: August 2017 / Februar 2018 statt.

Die Punktwertzuschläge für die Jahr 2014 bis 2017 - wie sie in den jeweiligen Nachträgen vereinbart wurden - betragen demnach:

Jahr	Neue Zuschlag in Cent	Abweichung in Cent
2014	0,1939	-0,0171
2015	0,1995	-0,0145
2016	0,1712	-0,0462
2017	0,2485	0,0292

Die sich für jedes Quartal I bis IV der Jahre 2014 bis 2017 ergebenden Beträge (positiv oder negativ) sind jeweils gesondert im entsprechenden Quartal I bis IV/ 2018 im bereichseigenen Formblatt 3 in KV-spezifischen Vorgängen auszuweisen und mit

der jeweiligen Schlussrechnung für die Quartale I - IV/2018 anzufordern bzw. zu erstatten.
Eine Saldierung der jeweiligen Beträge im Rechnungsbrief für die jeweilige Schlussrechnung des Quartals I bis IV/2018 ist zulässig.
Die Fälligkeit der Rückzahlungs- bzw. Nachzahlungsbeträge tritt zum Zeitpunkt der Fälligkeit der jeweiligen Schlussrechnung für die Quartal I bis IV/2018 ein.

Die KV Hamburg wird eine Korrektur der Vergütungen von bereichsfremden Versicherten der KVH gegenüber den jeweiligen Wohnort-KVen im Rahmen der Richtlinie über den Fremdkassenzahlungsausgleich vornehmen.

Die Vertragspartner werden die vorstehenden Regelungen auch zum Gegenstand der Nachträge zu den Honorarvereinbarungen 2014 bis 2017 machen.

5. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, zukünftig (erstmalig für das Jahr 2019) für die Ermittlung von regionalen Punktwertzuschlägen nach Anlage 3 den Berechnungsstand der statistischen Ämter des Bundes und der Länder zu nutzen, welcher zum 31.10. p.a. gem. § 87a Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 SGB V veröffentlicht ist. Liegen zu diesem Zeitpunkt die maßgeblichen Werte noch nicht vor, ist der nächstverfügbare Berechnungsstand maßgebend. Bereits vereinbarte Punktwertzuschläge werden aufgrund von rückwirkenden Statistikrevisionen zukünftig nicht mehr angepasst.

6. Es besteht Einvernehmen darüber, die Regelung nach Ziffer 3.3.2 für die Förderungszeit bzw. bis zur Ausschöpfung des Fördertopfes mit dem Ziel der Basiswirksamkeit in der MGV in den nachfolgenden Honorarvereinbarungen fortzuschreiben.

7. Die Vertragspartner treffen für alle in dieser Honorarvereinbarung umgesetzten Beschlüsse des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses, deren Umsetzung auch Zeiträume mitumfasst, die über das Jahr 2018 hinausgehen, die nachfolgenden Feststellungen und werden diese in der Protokollnotiz für die Folgejahre fortführen und unter Berücksichtigung etwaiger Folgebeschlüsse umsetzen. Dies betrifft insbesondere folgende Beschlüsse:

a) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 407. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab 01.01.2019 die Gebührenpositionen für psychotherapeutische Gespräche (Einzelbehandlung) 22220 und 23220 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurück zu überführen sind (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in der Honorarvereinbarung 2019 umgesetzt.

b) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 408. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab 01.10.2019 die Gebührenpositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurück zu überführen sind (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in der Honorarvereinbarung 2019 umgesetzt.

c) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 54. EBA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab 01.07.2021 die Gebührenpositionen 32459, 32774 und 32775 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen sind (mit Eindecklung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Das bedeutet ferner, dass ab dem 01.07.2018 bis einschließlich 30.06.2019 (2. Quartal 2019) der Behandlungsbedarf je Quartal um 318.124 Punkte erhöht wird. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2019 übernommen.

d) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 417. BA (schriftliche Beschlussfassung) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.10.2018 bis einschließlich 30.09.2019 (3. Quartal 2019) der Behandlungsbedarf je Quartal um 105.665 Punkte erhöht wird.

e) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 416. BA (schriftliche Beschlussfassung) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.04.2020, vorbehaltlich einer anderslautenden Entscheidung des BA, die Gebührenposition 01611 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen ist (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Dabei wird die anzuwendende Abstaffelungsquote auf eins gesetzt. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2019 übernommen.

f) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 53. EBA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass bis zum 01.01.2021 die Gebührenposition 01641 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen ist, sofern die Voraussetzungen des 53. EBA Teil B Nr. 3 vorliegen. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2019 übernommen.

g) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 426. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.10.2020, vorbehaltlich einer anderslautenden Entscheidung des BA, die Gebührenpositionen 34298 und 40301 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen sind (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2019 übernommen.

h) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 426. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.10.2020, vorbehaltlich einer anderslautenden Entscheidung des BA, die Gebührenpositionen 30210, 30212, 30216 und 30218 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen sind (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2019 übernommen.

Zwischen

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

und

der **AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse,**
dem **BKK- Landesverband NORDWEST,**
der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),**
der **IKK classic,**
der **KNAPPSCHAFT,**
den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Hamburg**

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird die folgende

Honorarvereinbarung 2019
i. d. F. des 5. Nachtrages

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitlich vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2019“ Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Präambel

Diese Vereinbarung basiert auf den Beschlüssen des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses, im Folgenden EBA bzw. BA genannt. Vorgaben und/oder Empfehlungen gemäß den Beschlüssen des EBA bzw. BA finden Anwendung, soweit nicht im Folgenden Abweichendes vereinbart ist.

1. Regionale Gebührenordnung

Ambulante ärztliche Leistungen werden, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, nach der regionalen EUR-Gebührenordnung gemäß § 87a Absatz 2 Satz 5 SGB V (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) vergütet. Dies gilt auch für ambulante ärztliche Leistungen von Krankenhäusern in Notfällen.

2. Regionaler Punktwert

Der Punktwert zur Berechnung der regionalen EUR-Gebührenordnung beträgt 10,9813 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 1,466 % (0,1587 Cent) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 10,8226 Cent als Orientierungswert.

Zur Ermittlung des vorgenannten Zuschlags ist der Rechenweg - wie er in Anlage 3 zu dieser Vereinbarung niedergelegt ist - anzuwenden.

3. Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des nach Maßgabe der nachstehenden Ziffern 3.1 bis 3.11 sowie den Vorgaben und Empfehlungen des 383. BA in seiner Sitzung am 21.09.2016 zuletzt geändert mit Beschluss des BA in seiner 403. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und etwaigen Folgebeschlüssen des BA bzw. EBA (im Folgenden „Aufsatzwertebeschluss“) ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals und dem Punktwert nach Ziffer 2. Die Berechnung erfolgt für jedes Quartal des Jahres 2019 getrennt.

3.1 Ausgangspunkt für die Berechnung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs ist die Feststellung des insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV Hamburg für das Vorjahresquartal basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß Ziffer 2.2.1.1 des Aufsatzwertebeschlusses.

3.2

3.2.1. Der Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.1 wird gem. des 430. BA für jedes Quartal des Jahres 2019 um den erwarteten Mehrbedarf für die Höherbewertung der Gebührenordnungspositionen 03000 und 04000 jeweils eingegrenzt auf die Altersklasse „ab Beginn des 76. Lebensjahres“ ggf. einschließlich Suffices und Pseudoziffern wie folgt erhöht: Der Erhöhungsbetrag ergibt sich für jedes Quartal des Jahres 2019 durch Multiplikation der Häufigkeit der entsprechenden Gebührenordnungspositionen im jeweili-

gen Vorjahresquartal gemäß der Datenlieferung ARZTRG87aKA_SUM mit einem Punkt.

3.2.2. Der Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.2.1 wird gem. des 430. BA um den erwarteten Mehrbedarf für die Höherbewertung der Gebührenordnungsposition 34600 erhöht: Der Erhöhungsbetrag ergibt sich für jedes Quartal des Jahres 2019 durch Multiplikation der Häufigkeit der entsprechenden Gebührenordnungsposition im jeweiligen Vorjahresquartal mit 107 Punkten.

3.2.3. Der Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.2.2. wird für die Quartale zwei bis vier des Jahres 2019 sowie das erste Quartal des Jahres 2020 gem. des 435. BA (Sitzung vom 29.03.2019) um den erwarteten Mehrbedarf für die Höherbewertung der Gebührenordnungsposition 06211 ggf. einschließlich Suffixe und Pseudoziffern erhöht. Der zusätzliche Behandlungsbedarf ergibt sich für die Quartale zwei bis vier des Jahres 2019 sowie das erste Quartal des Jahres 2020 durch Multiplikation der Häufigkeit der entsprechenden Gebührenordnungsposition im jeweiligen Vorjahresquartal mit 2 Punkten.

3.3

3.3.1 Zur Berücksichtigung der im Vergleich mit den Vorjahresquartalen geänderten Abgrenzung morbiditätsbedingter von extrabudgetärer Gesamtvergütung ist der Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.2. gemäß den Vorgaben des Aufsatzwertbeschlusses, Ziffer 2.2.1.2 i. V. m. dem 425. BA in seiner Sitzung am 21. August 2018 („Abgrenzungsbeschluss“) anzupassen.

Von dem festgestellten, bereinigten Behandlungsbedarf, welcher nach den vorgenannten Regelungen angepasst wurde, sind danach die Punktmengen folgender Leistungsbereiche wie nachfolgend beschrieben abzuziehen bzw. hinzuzusetzen:

1. Mit Wirkung vom 01.01.2019 bis einschließlich 31.12.2019
   (Quartale 1 - 4/2019) in Umsetzung des 407. BA (schriftliche Beschlussfassung) werden die Punktmengen der Leistungen nach der Ziffer 4.54 der Honorarvereinbarung 2018 und damit die GOP 22220 und 23220 EBM („Psychotherapeutische Gespräche - Einzelbehandlung“) zugesetzt. Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird nicht auf 1,0 festgesetzt.

2. Mit Wirkung vom 01.01.2019 bis 31.03.2019 (Quartal 1/2019) wird die Punktmenge der Leistungen nach der Ziffer 4.64. („Verordnung von medizinischer Rehabilitation“, GOP 01611 EBM) abgezogen. Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird gem. des 416. BA Teil B abweichend vom 383. BA, geändert durch den 401. BA, Ziffer 2.2.1.2 auf 1,0 festgesetzt.

3. Mit Wirkung vom 01.01.2019 bis 31.03.2019 (Quartal 1/2019) werden die Punktmengen der Leistungen nach der GOP 30800 EBM gem. der Ziffer 4.41 („Verordnung von Soziotherapie“) der Honorarvereinbarung 2018 nach Maßgabe des 45. EBA in Verbindung mit dem Aufsatzwertebeschluss in die MGV

überführt. Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird gem. des 45. EBA abweichend vom Aufsatzwertebeschluss Ziffer 2.2.1.2 auf 1,0 festgesetzt.

4. Mit Wirkung vom 01.01.2019 bis 30.06.2019 (Quartale 1/2019 bis 2/2019) in Umsetzung des 54. EBA Teil B für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der GOP 32151, 32720 bis 32727, 32750, 32759 bis 32763, 32772 und 32773 werden dem Behandlungsbedarf der vorgenannten Abrechnungsquartale jeweils 318.124 Punkte zugesetzt.

5. Mit Wirkung vom 01.01.2019 bis 30.09.2019 (Quartale 1/2019 bis 3/2019) in Umsetzung des 417. BA Teil B für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der GOP 01624 werden dem Behandlungsbedarf der vorgenannten Quartale jeweils 105.665 Punkte zugesetzt.

6. Mit Wirkung vom 01.10.2019 bis 30.09.2020 (Quartal 4/2019 bis 3/2020) in Umsetzung des 408. BA (schriftliche Beschlussfassung) werden die Punktmengen der Leistungen der Honorarvereinbarung 2018 und 2019 nach der Ziffer 4.56. Leistungen nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM („Palliativmedizinische Versorgung“) zugesetzt. Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird nicht auf 1,0 festgesetzt.

3.3.2

(1) Die KVH hat in einer aufwändigen wissenschaftlichen Studie im Jahr 2017[5] festgestellt, dass die Versorgungskapazitäten der Kinderärzte in Hamburg ausgelastet sind. Insbesondere wurde deutlich, dass im Bereich der Grundversorgung von Kindern der Altersgruppe 0-4 Jahre einem möglichen Versorgungsengpass nur durch eine Mengenausweitung begegnet werden kann. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat hierzu in seiner Sitzung vom 25.04.2018 maßgebliche Feststellungen getroffen[6]. Die Partner dieser Honorarvereinbarung vereinbaren zur Sicherstellung der kinderärztlichen Grundversorgung durch Kinderärzte aus diesem Grunde nach § 87a Abs. 2 S. 3 SGB V ein Fördervolumen (FGK). Für das FGK werden einmalig 500.000 EUR von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt. Zur Umsetzung wurde bzw. wird der Förderbetrag gleichwertig auf die Quartale 3/2018 bis 2/2019 aufgeteilt (125.000 EUR je Quartal) und nach den nachstehenden Regelungen verwendet, um einer zu erwartenden zunehmenden Belastung des Honorarkontingents der Kinderärzte zu begegnen.

(2) Der zur kassenseitigen Umsetzung von der jeweiligen Krankenkasse zu finanzierende Anteil am Förderbetrag ergibt sich aus der für das jeweilige Vorjah-

[5] Dr. Sarah Strohkamp: Pädiatrische Grundversorgung unter Druck, in KVH -Journal 3/2018 Seite 8 bis 14; ISSN 2568 - 972X.

[6] Der Beschluss und die Begründung des Landesausschusses sind im Hamburger Ärzteblatt, Heft 5/2018 veröffentlicht.

resquartal angewandten Aufteilung gem. der kassenspezifischen Anteile an der GOP 04000 (Versichertenpauschale bis zum vollendeten 4. Lebensjahr EBM; nachfolgend konkretisiert durch GOP 04001 mit allen Buchstabensuffixen als technische GOP der ARZTRG87aKA-Datenlieferung). Der Förderbetrag wird als ein "Davon"-Ausweis der EGV-Gesamtsumme im Rechnungsbrief und zusätzlich im Formblatt 3 (bereichseigen) unter Vorgang 050 als EGV-Betrag ausgewiesen. Die KV Hamburg ist berechtigt, die Förderbeträge (Quartale 3/2018 bis 2/2019) quartalsweise mit dem jeweils ersten erreichbaren Abschlagstermin gem. der bilateralen gesamtvertraglichen Regelungen bei den Krankenkassen anzufordern.

(3) Wird von Kinderärzten das Ziel der Förderung (nach Absatz 6 dieser Ziffer) erreicht, so werden je Quartal Mittel in Höhe des förderfähigen Anteils (nach Absatz 7 dieser Ziffer) aus dem Fördervolumen in das Honorarkontingent der Kinderärzte überführt. Die so aus dem Fördervolumen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführten Mittel erhöhen diese unter Berücksichtigung des regionalen Punktwertes nach Ziffer 2 in Punkten mit dem entsprechenden Folgejahresquartal (3/18 in 3/19, 4/18 in 4/19; 1/19 in 1/20 und 2/19 in 2/20 usw.) für die Zukunft basiswirksam.

(4) Die Förderung beginnt im 3. Quartal 2018 und dauert längstens bis zum Ablauf des 2. Quartals 2021. Dabei werden nicht in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführte Beträge von Quartal zu Quartal tradiert. Wird das Fördervolumen früher ausgeschöpft, endet der Förderzeitraum zu diesem Zeitpunkt. Sofern nach Ablauf des Förderzeitraums noch Mittel im Fördertopf vorhanden sind, werden die Partner dieser Honorarvereinbarung gemeinsam über deren Verwendung beraten.

(5) Die Förderung bezieht sich auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Die Honorierung der Kinderärzte, die das Ziel der Förderung erreichen, bestimmt sich ausschließlich nach den Regelungen des Verteilungsmaßstabes. Ein Anspruch von Kinderärzten auf eine unmittelbare Vergütung aus dem Fördervolumen ist ausgeschlossen.

(6) Das Förderziel besteht in einer Steigerung des Versorgungsanteils von Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres in Höhe von 25% gegenüber dem Vorjahresquartal je Kinderarzt. Indikator dafür ist die Abrechnungsfrequenz der GOP 04001. Soweit im Vorjahr die GOP 04001 nicht abgerechnet wurde, wird das Förderziel erreicht, wenn die GOP mindestens einmal abgerechnet wird. In Fällen der Übernahme eines bestehenden Vertragsarztsitzes wird zur Beurteilung der Erreichung des Versorgungszieles die Abrechnungsfrequenz der GOP 04001 des übernommenen Vertragsarztsitzes aus dem Vorjahresquartal herangezogen.

(7) Erreicht ein Kinderarzt dieses Ziel, so wird der für ihn im Quartal, in welchem das Förderziel erreicht wird, festgestellte Honoraranspruch unter Beachtung von Absatz 8 in Höhe des Anteils, der auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entfällt, in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gem. Absatz 3 dieser Ziffer überführt.

(8) Insofern eine Förderung im Vorjahresquartal für denselben Kinderarzt bereits erfolgte, findet eine Förderung nur dann statt, wenn das Ziel nach Absatz 6 vom jeweiligen Kinderarzt in den letzten 4 vorangegangenen Quartalen erreicht wurde. In diesen Fällen wird dessen Honoraranspruch unabhängig von der Abrechnungsfrequenz der GOP 04001 in den folgenden Quartalen nur noch so weit für die Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung herangezogen, wie er den Honoraranspruch im entsprechenden Vorjahresquartal überschreitet und Fördermittel gemäß Absatz 1 zur Verfügung stehen.

(9) Der Nachweis des Erreichens des Förderziels wird von der KVH gegenüber den Krankenkassen in Form einer tabellarischen Übersicht gem. Anlage 4 geführt. Diese beinhaltet eine aggregierten Darstellung der Abrechnungsergebnisse der jeweiligen Ärzte unter Angabe der LANR, die Abrechnungsfrequenzen der GOP 04001 im aktuellen und Vorjahresquartal sowie die quartalsbezogene Darstellung des Leistungsbedarfs innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Vergütung dieser Leistungen.

(10) Endet die vertragsärztliche Tätigkeit eines Kinderarztes, dessen Erreichen des Förderziels zu einer Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung beigetragen hat, ohne das eine Nachbesetzung seines Arztsitzes stattfindet, so wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um die entsprechenden Erhöhungsanteile bereinigt.

3.4 Im Anschluss daran erfolgt gemäß Ziffer 2.2.1.3 des Aufsatzwertbeschlusses für das jeweilige aktuelle Abrechnungsquartal der Abzug von Bereinigungsbeträgen aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V von dem festgestellten, bereinigten Behandlungsbedarf gem. Ziffer 3.3.1 dieser Vereinbarung.

3.5

3.5.1 Sofern Kassen gemäß Nr. 4.7 des 400. BA in seiner Sitzung am 31.08.2017 („Bereinigungsbeschluss“) auf eine Bereinigung verzichten, wird der gemäß Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung festgestellte Behandlungsbedarf gem. Nr. 4.7 Ziffer 7 des vorgenannten Beschlusses um die Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina aller betroffenen Kassen vermindert.

3.5.1.1 In Umsetzung des 439. BA (Teil A) zur Behebung des Kassenwechslereffekts werden im Jahr 2019 in jedem Quartal (Quartale 1/2019 bis 4/2019) dem Behandlungsbedarf jeweils 1.500.000 Punkte basiswirksam zugesetzt.

3.5.2 Mit Wirkung vom 01.01.2019 bis 30.09.2019 (Quartale 1/2019 bis 3/2019) in Umsetzung des 423. BA Teil C für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der GOP 19317 werden dem Behandlungsbedarf der vorgenannten Quartale jeweils 22.625 Punkte zugesetzt.

3.6 Berechnung der kassenspezifische Anteile am vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal

3.6.1 Der gemäß Ziffer 3.1 festgestellte und gemäß Ziffer 3.2 bis 3.5, mit Ausnahme von Ziffer 3.3.2, angepasste Behandlungsbedarf wird gemäß Ziffer 2.2.2 des Aufsatzwertebeschlusses unter Berücksichtigung der Prüfergebnisse nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a. F. (Altfälle) auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt. Dabei wird sichergestellt, dass die dort in Bezug genommenen ARZTRG87aKA-Satzarten des Vorjahresquartals entsprechend der geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Abrechnungsquartal angepasst werden. Dabei wird ferner sichergestellt, dass die Berücksichtigung der sich aus kassenseitigen Prüfanträgen ergebenden Korrekturen die insgesamt über alle Kassen zu zahlende MGV nicht verändert.

3.6.2 NN

3.6.3 Der gem. Ziffer 3.6.1 aufgeteilte Behandlungsbedarf wird für jede betroffene Krankenkasse gemäß Nr. 4.7 Ziffer 7 des Bereinigungsbeschlusses um die ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina der jeweiligen Kasse erhöht. Die Summe der Erhöhung darf maximal dem Abzug in Ziffer 3.5.1 entsprechen.

3.7

3.7.1. Der so auf die Kassen aufgeteilte Behandlungsbedarf ist anschließend gemäß Ziffer 2.2.3 des Aufsatzwertebeschlusses zur Berücksichtigung der Änderungen in der Versichertenzahl anzupassen.

Die Berücksichtigung der in der Datenlieferung bzw. ANZVER87a ausgewiesenen Personengruppen erfolgt dabei in Anwendung der für die jeweilige Krankenkasse zutreffenden gesamtvertraglichen Regelung.

3.7.1.1 Der kassenspezifische Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.7.1 wird gemäß des zur Bereinigung (TSVG-Konstellationen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V) getroffenen 439. BA - Beschlussteil C - vom 19.06.2019 zuletzt geändert durch den 444. BA (schriftliche Beschlussfassung) und den 452. BA (schriftliche Beschlussfassung) sowie etwaige in Bezug auf die Bereinigung ergehende Folgebeschlüsse nach den dort getroffenen Regelungen in Nr. 1 bis 6 bereinigt.

Der Abzug der ermittelten Bereinigungsmenge erfolgt für die TSVG-Konstellationen:

- „Hausarzt-Vermittlungsfall“ beim Facharzt,
- „TSS- Terminfall“,
- „Neupatient“ und
- „Offene Sprechstunde“ sowie
- ggfs. für die TSVG Konstellation „TSS-Akutfall“ (KV-spezifisch ab Implementierung des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens, spätestens ab 01.01.2020; begrenzt auf ein Jahr).

Zur Berücksichtigung der sich aus Prüfergebnissen nach § 106d SGB V und Entscheidungen der Prüfungsstelle / des Beschwerdeausschusses (§ 106 SGB V) ergebenden Korrekturen bzgl. bereinigter extrabudgetär vergüteter Leistungen der TSVG-Konstellationen vereinbaren die Vertragspartner das nachfolgende Verfahren einer Korrektur:

1. Das aufgrund rechts- und bzw. oder bestandskräftiger Entscheidungen kassenspezifisch festgestellte Punktzahlvolumen wird im nächsterreichbaren der Leistungserbringung entsprechenden Quartal vor Anwendung der Ziffer 3.8 dieser Honorarvereinbarung dem kassenspezifisch ermittelten Aufsatzwert zugesetzt.

2. Hierbei ist die vorgenannte Punktzahlmenge mit der bei der Bereinigung angewandten arztgruppenspezifischen Auszahlungsquote zu multiplizieren.
3. Ferner sind die jeweiligen für die entsprechenden Quartale vom Zeitpunkt der Bereinigung bis zur Korrektur erfolgten

a) Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V - unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen - sowie

b) die basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des BA bzw. EBA zu berücksichtigen.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass für die im vorgenannten Beschluss beschriebenen TSVG-Konstellationen, deren Bereinigung erstmals in 2020 beginnt bzw. über das Jahr 2019 hinaus erfolgt, eine gleichlautende Regelung in die Honorarvereinbarung des Jahres 2020 aufgenommen wird. Dies mitumfasst auch entsprechende Anpassungen in Anlage 2 zur Honorarvereinbarung.

3.7.2 Der kassenspezifische Behandlungsbedarf gemäß Ziffer 3.6.3 wird aufgrund der Höherbewertung der antragspflichtigen Psychotherapieleistungen durch den 43. EBA (Sitzung vom 22.09.2015) in Verbindung mit dem 380. BA (schriftliche Beschlussfassung) erhöht. Die kassenspezifisch hinzuzusetzenden Punktmengen werden quartalsbezogen nach den vorgenannten Vorgaben in Nr. 8. und 9. des Beschlusses Teil B berechnet.

3.8 Der so kassenspezifisch ermittelte Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal ist wie folgt gemäß Ziffer 2.2.4 des Aufsatzwertbeschlusses fortzuentwickeln:

Die Berücksichtigung der Morbiditätsveränderung gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V erfolgt gem. des Aufsatzwertbeschlusses. Dabei erfolgt die Gewichtung der gemäß des 430. BA-Beschluss (Sitzung am 12.12.2018) berechneten Veränderungsraten zu 50 % anhand der Demografie (-0,3743% * 50 % = -0,18715 %) und zu 50 % anhand der Diagnosen (-0,1951% * 50 % = -0,09755 %). Der Aufsatzwert wird damit um 0,2847 % abgesenkt.

3.9

3.9.1 Anschließend sind gem. Ziffer 2.2.4 Absatz 2 des Aufsatzwertbeschlusses die für das aktuelle Abrechnungsquartal aktualisierten vertragsübergreifenden Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten der Krankenkasse, multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenzahl der Krankenkasse im Vorjahresquartal, zu addieren.

3.9.2 Für Neueinschreiber in bzw. Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen erfolgt danach eine Differenzbereinigung gemäß des Bereinigungsbeschlusses. Es sind außer in den Fällen der Ziffern 3.9.3 und 3.9.4 zwingend die Regelungen gesonderter Bereinigungsvereinbarungen zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der KV Hamburg zu berücksichtigen.

3.9.3 In Fällen der KV-übergreifenden Bereinigung gemäß Nr. 4.5 des Bereinigungsbeschlusses, in denen die Krankenkasse oder der für sie zuständige Partner der Gesamtverträge verlangt, dass das geltende Bereinigungsverfahren der Vertrags-KV umgesetzt wird, sind die hierzu getroffenen verbindlichen Vorgaben des Bereinigungsbeschlusses und etwaiger Folgebeschlüsse einzuhalten und anzuwenden.

3.9.4 Das gleiche gilt für Fälle, in denen Krankenkassen gemäß Nr. 4.7 des Bereinigungsbeschlusses auf eine Bereinigung verzichten können.

3.10 Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4. dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht kann ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V unter Beachtung der diesbezüglichen Empfehlungen des BA gem. § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V begründet werden. Insoweit eine Nachschusspflicht nach § 87a Abs. 3 S. 4 SGB V besteht, werden die diese betreffenden Regelungen in Nr. 8 dieses Vertrages verortet. Insbesondere kann keine Nachschusspflicht aus Regelungen zur Honorarverteilung resultieren.

3.11 Für den Fall von Kassenfusionen vereinbaren die Vertragspartner, dass soweit zwischen den jeweiligen Gesamtvertragspartnern nicht etwas anderes vereinbart ist, der kassenspezifische Anteil gemäß Ziffer 3.6.1 der Summe der Anteile der fusionierten Krankenkassen entspricht.

4. Extrabudgetär vergütete Leistungen

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden folgende Leistungen des EBM von den Krankenkassen vergütet:

4.1 Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe),

4.2 Leistungen des Kapitels 31 sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie

04514, 04515, 04518 und 04520,

4.3 Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

4.4 Früherkennungsuntersuchungen nach der GOP 01723 (U 7 a),

4.5 Leistungen des Hautkrebsscreenings nach der GOP 01745, 01746,

4.6 Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

4.7 Leistungen der Strahlentherapie nach Kapitel 25 (GOP 25210 bis 25342) sowie Kostenpauschalen der Strahlentherapie nach Kapitel 40.15 (GOP 40840, 40841),

4.8 Phototherapeutische Keratektomien nach der GOP 31362, 31734, 31735 und 40680,

4.9 ab dem 01.04.2019 Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:

01510X bis 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08540 bis 08542, 08540X bis 08542X, 08550 bis 08552, 08550X bis 08552X, 08560, 08560X, 08561, 08561X, 08575X, 08575, 08576X, 08576,11301X, 11302X, 11351X, 11352X, 11501X bis 11503X, 11501 bis 11503, 11506X, 11506, 11508, 11508X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X und 36822X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X (bis 30.09.2019), 32614X, 32618X, 32660X und 32781X.

Der vorstehende und ggf. nach Maßgabe der KV Hamburg 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,

4.10 Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den GOP 01949 bis 01952 sowie nach der GOP 01960,

4.11 Excisionen beim Hautkrebsscreening nach den GOP 10343 und 10344,

4.12 Leistungen der Schmerztherapie nach Abschnitt 30.7.1. gemäß der Qua-

litätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V,

4.13 Leistungen der Abschnitte 4.5.4 EBM (pädiatrische Nephrologie und Dialyse) und 13.3.6 (Nephrologie und Dialyse) EBM (ohne GOP 13620 - 13622) sowie die GOP 04000, 04040 und 04230 EBM, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden; einschließlich der leistungsbezogenen Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlungen mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahrens des Abschnitts 40.14 EBM,

4.14 NN

4.15 Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nach der GOP 13620 bis 13622 einschließlich der Sachkosten,

4.16 Kostenpauschalen nach den GOP 01425 und 01426 zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Die Rechnungslegung der Gebührenordnungspositionen 01425 und 01426 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 406, Ebene 6,

4.17 Spezialisierte Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922 und 30924,

4.18 Leistungen nach den GOP 30930 bis 30935 (neuropsychologische Therapie),

4.19 Leistungen nach den GOP 32821 und 32822 (genotypische Untersuchungen auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus),

4.20 Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882 „Laborleistungen im Zusammenhang mit der GOP 01732 EBM“,

4.21 Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger (ab 01.07.2019 Opioidabhängiger) nach den GOP 01955 und 01956 des Abschnittes 1.8 im EBM,

4.22 Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Neugeborenen- Hörscreening) nach den GOP 01704, 01705 und 01706 des Abschnittes

1.7.1 im EBM,

4.23 Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung nach der GOP 01833 des Abschnittes 1.7.5 im EBM,

4.24 Leistungen und Kosten im Rahmen der Balneophototherapie nach der GOP 10350 des Abschnittes 10.3 des EBM,

4.25 Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach den GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956,

4.26 Leistungen des Kapitels 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150) der in § 87b Absatz 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen („Psychotherapie“),

4.27 Leistungen nach den GOP 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 und 01418, (Haus- und Heimbesuche),

4.28 Leistungen nach den GOP 01776, 01777 und 01812 EBM (Screening auf Gestationsdiabetes),

4.29
(1) Von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachte Hämato-/Onkologischen Zusatzpauschalen (GOP 13500 bis 13502), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachten Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 08345), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie von Fachärzten für Urologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachte Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 26315 EBM), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111 EBM) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512

EBM), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden.

(2) Die genannten Leistungen werden zur Abgrenzung gegenüber den von anderen Arztgruppen erbrachten Leistungen, die innerhalb der MGV verbleiben, nach Maßgabe der KV Hamburg gekennzeichnet,

4.30 NN

4.31 Leistung gemäß GOP 34601 (Osteodensitometrische Untersuchung II),

4.32 Leistungen gemäß den GOP 04528, 04529, 13425 und 13426 (Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms),

4.33 Leistungen gemäß den GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 (intravitreale Medikamenteneingabe),

4.34 NN

4.35 Leistungen gemäß den GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222 und 27222 („Förderung von Leistungen und Strukturen im fachärztlichen Versorgungsbereich“),

4.36 Leistungen der Sozialpädiatrie gemäß der GOP 04356 („Förderung von Leistungen und Strukturen im hausärztlichen Versorgungsbereich“),

4.37 die Kostenpauschale nach der GOP 40582 („Sachkosten im Zusammenhang mit der Radionuklidtherapie bei Verwendung von Radium-223-dichlorid“),

4.38
(1) Die GOP 99345 und 99315 als Zuschlag auf die GOP 86510 oder 86512 nach der „Onkologie-Vereinbarung“.

(2) Die GOP 99345 kann nur von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe abgerechnet werden, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der „Onkologie- Vereinbarung“ verfügen. Die Leistungsinhalte, Abrechnungsbestimmungen und Abrechnungsausschlüsse der GOP 08345 EBM gelten ebenso für die GOP 99345.

(3) Die GOP 99315 kann nur von Fachärzten für Urologie abgerechnet werden, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der „Onkologie-Vereinbarung“ verfügen. Die Leistungsinhalte, Abrechnungsbestimmungen und Abrechnungsausschlüsse der GOP 26315 EBM gelten ebenso für die GOP 99315.

(4) Die GOP 99345 und 99315 werden jeweils mit einer Punktzahl von 191 Punkten bewertet. Den Vertragspartnern ist bewusst, dass sich die Höhe der vorstehenden Bewertung aus der Bewertung der GOP 08345 bzw. 26315 EBM ergibt und zukünftige Änderungen dieser EBM-Bewertung entsprechende Anpassungen des Zuschlags zur Folge haben,

4.39 Leistungen der Rheumatologie nach den GOP 13690 bis 13692,

4.40 Leistungen nach den GOP des Abschnitts 34.7 EBM sowie die Kostenpauschale 40584 („Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)“),

4.41 Leistungen nach den GOP 30810 und 30811 („Verordnung von Soziotherapie“),

4.42 Leistungen nach den GOP 30980, 30981, 30984, 30985, 30986 und 30988 („spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung gemäß § 118a SGB V“),

4.43 Leistungen nach den GOP 11449 und 11514 EBM sowie den Abschnitten 19.4.2 und 19.4.4 EBM („humangenetische Leistungen“),

4.44 Leistungen nach den GOP 38200, 38202, 38205 und 38207 („Delegationsfähige Leistungen“),

4.45 Leistungen nach den GOP 37100, 37102, 37105, 37113 und 37120 („ärztliche Kooperations- und Koordinationsleistungen nach § 119b Abs. 2 SGB V“),

4.46 Leistungen nach den GOP 11304, 19406, 32865 und 32911 („Humangenetische Leistungen“),

4.47 die Kostenpauschale nach der GOP 40306 („Kosten im Zusammenhang mit der DeQS-RL für Perkutane Koronarinterventionen [PCI] und Koronarangiogra-

phien“),

4.48 Leistungen nach den GOP 01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701 („Medikationsplan“),

4.49 die GOP 01450 EBM („Videosprechstunde“),

4.50 NN

4.51 die GOP 34800, 34810, 34820 und 34821(„Telekonsile“),

4.52 die GOP 03355, 04590 und 13360 EBM („kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM)“),

4.53 die GOP 35151 und 35152 EBM („Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung“),

4.54 NN

4.55 Leistungen nach den GOP 01702 und 01703 („Pulsoxymetrie-Screening“),

4.56 bis 30.09.2019 Leistungen nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM („Palliativmedizinische Versorgung“),

4.57 Leistungen nach dem Abschnitt 37.3 EBM („besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“,

4.58 Leistungen nach den GOP 02325 bis 02328 („Epilation mittels Laser“),

4.59 Leistungen nach den GOP 01460, 01461 und 01626 (Verordnung von Cannabis),

4.60 Leistungen nach den GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943 und 32948 bis 32949 (HLA-Antikörperdiagnostik),

4.61 die GOP 08312, 08313, 26316 und 26317, die Kostenpauschale 40161

sowie die GOP 08311, 26310 und 26311, die in derselben Sitzung mit den Gebührenordnungspositionen 08312 oder 26316 erbracht werden (transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin),

(Die Kennzeichnung von Zystoskopien nach den Gebührenordnungspositionen 08311, 26310 und 26311 bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin nach den Gebührenordnungspositionen 08312 bzw. 26316 durchgeführt wird, erfolgt anhand bundeseinheitlich kodierter Zusatzkennzeichen.)

4.62 die GOP 01640, 01641 und 01642 („Notfalldatenmanagement“),

4.63 Kostenpauschalen 86900 (Versendung e-Arztbrief) und 86901 (Empfangen e- Arztbrief) gemäß der Richtlinie über die Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291f SGB V,

4.64 Leistungen nach der GOP 01611 („Verordnung von medizinischer Rehabilitation“),

4.65 Leistungen nach den GOP 32459 („Procalcitonin (PCT)“), 32774 und 32775 („Zuschläge für die Durchführung von phänotypischen Bestätigungstesten“),

4.66 Leistungen nach den GOP 34298 (Zuschlag für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei koronarer Herzkrankheit) und 40301 (Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34298),

4.67 Leistungen nach den GOP 30210, 30212, 30216 und 30218 („hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“),

4.68 Leistungen nach der GOP 01650 („Zuschlag DeQS-RL, nosokomiale Infektionen“),

4.69 Leistungen nach der GOP 01645 EBM sowie die Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM (Zweitmeinungsverfahren),

4.70 Leistungen nach der GOP 37400 EBM („Versorgungsplanung nach § 132g Abs. 3 SGB V“),

4.71 Leistungen nach der GOP 30440 EBM (Extrakorporale Stoßwellentherapie bei

Fersenschmerz bei Fasciitis plantaris),

4.72 ab dem 01.04.2019 Leistungen nach der GOP 32480 und 32557 EBM („Labor zu Wirkstoffen Velmanase alfa und Daratumumab“),

4.73 ab dem 01.04.2019 Leistungen nach den GOP 06362 und 40681 (Hornhautvernetzung mit Riboflavin),

4.74 ab dem 01.07.2019 Leistungen nach den GOP 01516 (Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung bei der Gabe von Fingolimod),

4.75 ab dem 01.07.2019 Leistungen nach den GOP 32818 (Genotypische HIV- Resistenztestung bei HIV-Infizierten gemäß der Fachinformation der Arzneimittel Delstrigo® und/oder Pifeltro® vor Erstverordnung),

4.76 ab 01.09.2019 Zuschläge Terminvermittlung Facharzt nach der GOP 03008 EBM sowie GOP 04008 EBM (Hausarzt-Vermittlungsfall),

4.77 ab 01.09.2019 Zuschläge („Zuschläge-TSS-Terminfall/Akutfall“; beim Akutfall erst ab Implementierung des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens) gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 87 Absatz 2b Satz 3 Nrn. 1-3 und Absatz 2c Satz 3 Nrn. 1-3 SGB V in Verbindung mit § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V in Verbindung mit dem Teil A 439. BA (19.6.2019) geändert durch den 452. BA (schriftl. Beschlussfassung) sowie 445. BA (schriftliche Beschlussfassung). Dies sind die in die arztgruppenspezifischen Kapitel 3 bis 27 (mit Ausnahme von Kapitel 12 und 19) und den Abschnitt 30.7 des EBM jeweils als „Zuschlag TSS-Terminvermittlung“ aufgenommenen Gebührenordnungspositionen.

Zu jedem Zuschlag gibt es vier mögliche Zusätze A bis D, die die entsprechende Höhe der Zuschläge abbilden. Dabei steht das Buchstabensuffix A mit 50 % Zuschlagshöhe für den „TSS-Akutfall“. Die weiteren Suffixe B mit 50 %, C mit 30 % und D mit 20 % Zuschlagshöhe stehen jeweils für den „TSS-Terminfall“.

Darüber hinaus sind je Kapitel weitere zusätzliche GOPn als kodierte Zusatznummern aufgenommen worden, die die altersklassenspezifische Bewertung abbilden,

4.78 ab 11.05.2019 (beim Akutfall erst ab Implementierung des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens) Leistungen nach Nrn. 3 des § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V zugleich Nr. 2 i.V.m. Nr. 3 des 439. BA in der Fassung des 452. BA (TSVG-Konstellation: TSS-Terminvermittlung und TSS-Akutfall),

4.79 ab 11.05.2019 Leistungen nach Nrn. 4 des § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V zugleich Nr. 2 i.V.m. Nr. 4 des 439. BA in der Fassung des 452. BA (TSVG-Konstellation: Hausarzt-Vermittlungsfall),

4.80 ab 01.09.2019 Leistungen nach Nrn. 5 des § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V zugleich Nr. 2 i.V.m. Nr. 6 bis 8 des 439. BA in der Fassung des 452. BA (TSVG-Konstellation: Neupatient),

4.81 ab 01.09.2019 Leistungen nach Nrn. 6 des § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V zugleich Nr. 2 i.V.m. Nr. 5 des 439. BA in der Fassung des 452. BA sowie gem. des 452. BA Teil B zur Bestimmung eines Algorithmus zur Operationalisierung der Grenze für offene Sprechstunden (TSVG-Konstellation: Offene Sprechstunde),

4.82 ab 01.10.2019 die Leistungen nach den GOP 32362 und 32363 (Präeklampsie) EBM,

4.83 ab dem 01.09.2019 die Leistungen des Abschnitts 1.7.8 EBM („HIV-Präexpositionsprophylaxe“),

4.84 ab dem 01.10.2019 die GOP 32850 EBM (Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA),

4.85 ab 01.10.2019 die GOP 01451 EBM („Anschubförderung Videosprechstunde“),

4.86 ab 01.10.2019 die GOPs 06336, 06337, 06338, 06339 (Optische Kohärenztomographie - OCT),

4.87 ab dem 01.10.2019 die GOP 01514 EBM („Gabe von Velmanase alfa“)

4.88 ab 01.10.2019 Leistungen nach den GOP 01442 und 01444 EBM (Videofallkonferenz und Authentifizierung),

5. Zuschläge auf besonders förderungswürdige Leistungen

Für Hyposensibilisierungsbehandlungen (GOP 30130, 30131) nach 3 Jahren Behandlungsdauer wird ein Zuschlag in Höhe von 100 EUR einmal je Patient (GOP 98000) gezahlt. Dieser Zuschlag ist nicht für Behandlungen von Insektenstichallergien berechnungsfähig.

Zur Begründung wird darauf verwiesen, dass die Zahl der Patienten mit allergischen Erkrankungen weltweit, vor allem in den Industrienationen, zunimmt. Experten schätzen, dass nur etwa 10 % der allergischen Patienten entsprechend den aktuellen Leitlinien behandelt werden. Zudem ist die Behandlung sehr langwierig und dauert 3 Jahre. Durch das Abstellen auf den Abschluss der 3jährigen Behandlung wird gleichzeitig die Wirtschaftlichkeit gefördert, da sichergestellt wird, dass die Erfolgschancen bei vollständiger Durchführung der Immuntherapie steigen.

Für die Patienten ist die Behandlung mit Unannehmlichkeiten verbunden, weshalb das Thema „Compliance“ eine wichtige Rolle spielt. Den Vertragspartner ist bewusst, dass ein Anstieg der Gesamtzahl von allergischen Patienten im Gegen-

satz zu einem gleichzeitig unterproportionalen Anteil von Patienten, die eine spezifische Immuntherapie erhalten, existiert. Infolge dessen könnten zusätzliche Kosten im Gesundheitswesen durch die Progredienz der Erkrankungen entstehen, z. B. durch eine Zunahme des allergischen Asthmas.[7] Ebenso ist die medikamentöse Behandlung allergische Symptome unter Kostengesichtspunkten zu berücksichtigen und unter medizinischen Gesichtspunkten mit Blick auf mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten ggf. problematisch.
Deshalb ist es insbesondere vor dem Hintergrund vom Ausbleiben schwerer Erkrankungen bei einer erfolgreichen Durchführung der Hyposensibiliserung geradezu wünschenswert und versorgungspolitisch notwendig, wenn diese Behandlungen im Einzelfall durch diese zusätzliche Förderung als Zuschlag erfolgreich zu Ende geführt werden.

6. Wegepauschalen

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

6.1. Für jeden Besuch nach den GOP 01410, 01411, 01412, 01721, 01415 oder 01418 sowie für die erste Visite nach der GOP 01414 genannten Einrichtungen sowie einmal zu Leistungen nach der GOP 05230 eine Wegepauschale nach Wegebereichen und Besuchszeiten in folgender Höhe:

a) Pauschale für Besuche nach den GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

3,53 EUR (Abrechnungsnummer: 97234);

Zeitangabe gem. §17 Abs. 1a Satz 6 BMV: 6 Minuten

b) Pauschale für Besuche nach den GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97235);

Zeitangabe gem. § 17 Abs.1a Satz 6 BMV: 15 Minuten

c) Pauschale für Besuche nach den GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

[7] Biermann J., Merk H., Wehrmann W., Klimek L., Wasem J., Allergische Erkrankungen der Atemwege - Ergebnisse einer umfassenden Patientenkohorte in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, Allergo J 2013; 22(6) 366 - 73.

10,14 EUR (Abrechnungsnummer: 97236);

Zeitangabe gem. § 17 Abs.1a Satz 6 BMV: 30 Minuten

d) Pauschale für Besuche nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97237);

Zeitangabe gem. § 17 Abs.1a Satz 6 BMV: 6 Minuten

e) Pauschale für Besuche nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

10,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97238);

Zeitangabe gem. § 17 Abs.1a Satz 6 BMV: 15 Minuten

f) Pauschale für Besuche nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

14,55 EUR (Abrechnungsnummer: 97239);

Zeitangabe gem. § 17 Abs.1a Satz 6 BMV: 30 Minuten

g) Pauschale für einen Besuch nach den GOP 01410 oder 01414 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

11,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97160);

Zeitangabe gem. § 17 Abs.1a Satz 6 BMV: 30 Minuten

h) Pauschale für einen Besuch nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

16,32 EUR (Abrechnungsnummer: 97161).

Zeitangabe gem. § 17 Abs.1a Satz 6 BMV: 30 Minuten

6.2. Die Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet.

6.3. Die Wegepauschalen sind je Besuch bzw. Visite unabhängig davon berechnungsfähig, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung der jeweiligen Wegepauschale nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines der drei Wegebereiche.

6.4. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale der KV Hamburg mit einem Fahrdienst ausgeführt, so werden die Beträge für Wegeentschädigungen nicht an den Arzt abgeführt, sondern als Kosten des Notfalldienstes einbehalten. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale nicht mit einem Fahrdienst, sondern im eigenen Wagen des Arztes ausgeführt, so erhält der Arzt in einem generell im Notfalldienst mit Fahrdienst befahrenen Bezirk den von den Kostenträgern gem. der Verträge über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen vom 13.03.2006 in der jeweils gültigen Fassung zu zahlenden Pauschalbetrag. Dies gilt nicht für Leistungen, die von Vertragsärzten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten sowie bei gegenseitiger Vertretung erbracht werden.

6.5. Für die Berechnung der Wegepauschale ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist.

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

7. Belegärztliche Leistungen

Innerhalb der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Krankenkassen wird die stationäre vertragsärztliche Tätigkeit mit Ausnahme der Nr. 4.1. dieses Vertrages wie folgt vergütet:

7.1. Dem anerkannten Belegarzt werden die Visiten im Krankenhaus je Patient nach der GOP 01414 vergütet. Beim jeweils ersten Aufsuchen der Belegklinik am Behandlungstag wird zusätzlich für den ersten visitierten Patienten die entsprechende Wegepauschale nach Nr. 6. vergütet. Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung von Besuchen ausgeschlossen.

7.2. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

7.3. Ferner gelten für die Vergütung des Belegarztes folgende Besonderheiten:

a) Leistungen, für die in der regionalen EUR-Gebührenordnung bei belegärztlicher Leistungserbringung ein Abschlag vorgesehen ist, werden entsprechend bewertet.

b) Leistungen der Kapitel 33 und 34 der regionalen EUR-Gebührenordnung werden mit 60 % der Sätze der Gebührenordnung bewertet; können diese Leistungen im Belegkrankenhaus nicht erbracht werden, werden sie mit den Sätzen der Gebührenordnung bewertet.

c) Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen des Kapitels 01 der regionalen EUR- Gebührenordnung, die mit mindestens 6,00 EUR bewertet sind, werden mit den Sätzen der regionalen EUR-Gebührenordnung bewertet. Die Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen aus dem Kapitel 01 der regionalen EUR- Gebührenordnung sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in § 25 Bundesmantelvertrag- Ärzte genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

d) Alle übrigen Leistungen, die in der regionalen EUR-Gebührenordnung mit mehr als 6,00 EUR bewertet oder als Zuschlag beschrieben sind, werden mit dem vollen Satz der regionalen EUR-Gebührenordnung bewertet.

e) Leistungen, die in der regionalen EUR-Gebührenordnung mit weniger als 6,00 EUR bewertet sind, werden nicht vergütet.

7.4. Die reduzierten Vergütungssätze nach Nr. 7.3. gelten unabhängig davon, ob die Geräte dem Krankenhaus oder dem Belegarzt gehören.

7.5. Vom Belegarzt konsiliarisch oder mitbehandelnd hinzugezogene Vertragsärzte, die nicht selbst Belegärzte in demselben Belegkrankenhaus sind, rechnen ihre Leistungen nach den Bedingungen für die ambulant-kurative Versorgung ab.

Für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses zur Durchführung von Anästhesieleistungen wird dem Facharzt für Anästhesiologie für jeden Kranken einmal am Behandlungstag die GOP 05230 vergütet.

7.6. Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Punkte 7.1. bis 7.4. vergütet.

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.

a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitschaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.

Die Krankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.

Der Belegarzt hat - ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers - gegenüber der KV Hamburg nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind.

b) Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.

Dies gilt auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Krankenkassen ein Betrag von 3,07 EUR pro Patient und Pflegetag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflegetage.

7.8. Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung des Bereitschaftsdienstes vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr. 7.7. dieser Anlage, ohne dass es einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf.

8. Rechnungslegung

8.1 Die KV Hamburg stellt eine Rechnungslegung entsprechend der Regelungen dieses Vertrages sicher. In die Rechnung fließen die kassenindividuelle morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (höchstzulässige Obergrenze), Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß dieser Honorarvereinbarung und gesonderten vertraglichen Regelungen sowie durchlaufende Posten ein.

8.2 Die aufgrund der Höherbewertung der psychotherapeutischen Leistungen, geändert durch den 436. BA (schriftliche Beschlussfassung), zu zahlenden Nachvergütungen (gilt nur für Vertragsärzte und Psychotherapeuten, deren Honorarbescheide für die jeweiligen Quartale noch nicht bestandskräftig sind) werden den Kassen im nächsterreichbaren Formblatt 3 über den bundesweiten Vorgang in Rechnung gestellt.

Die Krankenkassen erhalten gemäß der Protokollnotiz des 436. BA, Teil B, kassenspezifische Übersichten je Abrechnungsquartal ab dem 01.01.2013.

9. Sachlich-rechnerische Berichtigungen

Honorar-Rückforderungen betreffend Leistungen außerhalb der MGV aus nachträglichen sachlich-rechnerischen Berichtigungen sowie Wirtschaftlichkeits-prüfungen sind von der KV Hamburg an die jeweilige Krankenkasse zurückzuzahlen. Die KV Hamburg teilt den Vertragspartnern die sich aus entsprechenden rechtskräftig abgeschlossenen Verfahren ergebende Beträge mit.

10.1 Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V

Honorarkürzungen, die die KV Hamburg wegen fehlenden Nachweises der fachlichen Fortbildung nach § 95d Abs. 3 SGB V vornimmt, sind anteilig für den Fall, der die Leistungen außerhalb der MGV betrifft, an die Krankenkasse zurückzuzahlen. Basis für die Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen ist der Anteil je Krankenkasse am Volumen der Leistungen außerhalb der MGV gemäß Formblatt (bereichseigen) des die Kürzung betreffenden Quartals. Die Rückzahlung erfolgt jeweils in dem übernächsten Quartal, das auf das die Kürzung betreffenden Quartal folgt. Der Ausweis erfolgt im Formblatt, Kontenart 400, Vorgang 141 für die Fälle nach § 95d Abs. 3 SGB V.

10.2 Honorarkürzungen nach § 291 Abs. 2b Satz 14 (ab 19.12.2019 Satz 9) SGB V

Honorarkürzungen, die die KV Hamburg gemäß § 291 Abs. 2b Satz 14 (ab 19.12.2019 Satz 9) SGB V in Fällen der nicht erfolgten Durchführung der Prüfung nach § 291 Abs. 2b Satz 3 (ab 19.12.2019 Satz 2) SGB V (Versichertenstammdatendienst) vornimmt, sind anteilig für den Fall, der die Leistungen außerhalb der MGV betrifft, an die Krankenkasse zurückzuzahlen. Basis für die Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen ist der Anteil je Krankenkasse am Volumen der Leistungen außerhalb der MGV gemäß Formblatt (bereichseigen) des die Kürzung betreffenden Quartals. Die Rückzahlung erfolgt jeweils in dem übernächsten Quartal, das auf das die Kürzung betreffenden Quartal folgt. Der Ausweis erfolgt im Formblatt, Kontenart 400 im Vorgang 142 für die Fälle nach § 291 Abs. 2b Satz 14 (ab 19.12.2019 Satz 9) SGB V. § 291 Abs. 2b Satz 15 und 17 (ab 19.12.2019 Satz 11 und 12) SGB V gilt.

10.3 Zusammenwirken von Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V und § 291 Abs. 2b Satz 14 (ab 19.12.2019 Satz 9) SGB V

Für den Fall, dass Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V und § 291 Abs. 2b Satz 14 (ab 19.12.2019 Satz 9) SGB V zusammenfallen, werden die Kürzungsbeträge jeweils auf das Gesamthonorar erhoben.

11. Kostenerstattung

Die Anrechnung von Kostenerstattungen nach § 13 Absatz 2 und § 53 Absatz 4 SGB V auf die MGV erfolgt nach Maßgabe gesonderter vertraglicher Regelungen.

12. Verspätet eingereichte Behandlungsausweise

Verspätet eingereichte Behandlungsausweise werden dem Quartal des Zeitpunktes der Einreichung zugerechnet, mit den Behandlungsausweisen des Abrechnungsquartals zusammengeführt und nach den Bestimmungen des Verteilungsmaßstabes vergütet, die zum Zeitpunkt der Einreichung gelten. Dies gilt nicht, soweit hinsichtlich

der abgerechneten Leistungen zwischenzeitlich Änderungen des EBM bzw. der Vergütungsstruktur und -höhe erfolgt sind. Insoweit erfolgt die Vergütung zu den Bedingungen des Abrechnungsquartals der Leistungserbringung. Den Krankenkassen dürfen durch die Zurechnung verspätet eingereichter Behandlungsausweise gegenüber dem Quartal der Erbringung der Leistung keinerlei zusätzliche finanzielle Belastungen entstehen.

13. Sonstiges

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages und seiner Anlagen.

Honorarvereinbarung 2019 vom 23.11.2018

<u>Anlage 1</u>
zur Honorarvereinbarung 2019

Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg

wird noch ausgeführt

Honorarvereinbarung 2019 vom 23.11.2018

<u>Anlage 2</u>
zur Honorarvereinbarung 2019

Quartal 1/2019

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2019 in Hamburg

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im Quartal 1/2018 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	3.2	Anpassung des Behandlungsbedarfs entsprechend den Regelungen in Ziffer 3.2. dieser Vereinbarung.
3.	3.3.1	Berücksichtigung des Abgrenzungsbeschlusses im Rahmen des Aufsatzwertebeschlusses gem. Ziffer 2.2.1.2 Abzug bzw. Erhöhung der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 1 bis 5 der Honorarvereinbarung
4.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung
5.a	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5.1 der Honorarvereinbarung
5.b	3.5.1.1	Hinzusetzen der Summe zur Behebung des Kassenwechslereffekts gem. Ziffer 3.5.1.1 der Honorarvereinbarung in Höhe von 1.500.000 Punkten
6.	3.5.2	Hinzusetzen der Summe des zu erwartenden Mehrbedarfs der GOP 19317 gem. Ziffer 3.5.2 der Honorarvereinbarung in Höhe von 22.625 Punkten
7.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 ± 2 ± 3 ± 4 – 5.a + 5.b + 6

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung	**a) GKV-weit**	**b) Einzel-kasse**
8.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im Quartal 1/2018 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert.		
9.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle)		
10.	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 3 nach Ziffer 3.3.1 der Honorarvereinbarung (ohne Ziffer 3.3.1 Nr. 4 und 5) genannten Leistungen im Quartal 1/2018 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
11.		Angepasste Leistungsmenge in Punkten = 8 – 9 ± 10		

12.		Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf = 11b / 11a		
13.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = 7 * 12		
14.	3.6.3	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht = 13 + kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

15.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: = 14 / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des Quartals 1/2018) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 1/2019)
16.	3.7.2	Addition der basiswirksamen Erhöhungsbeträge aufgrund der Umsetzung des 43. EBA iVm. 380. BA zur „Nachvergütung Psychotherapie“ gem. Ziffer 3.7.2 dieser Honorarvereinbarung = 15 + [kassenspezifischer Erhöhungsbetrag gem. Ziffer 3.7.2]
17.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = 16 + (16 * - 0,2847 %)
18.	3.9.1	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 17 + [(auf das Abrechnungsquartal 1/2019 aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten) * (ANZVER87a_IK im Quartal 1/2019 - ANZVER87a_IK im Quartal 1/2018)]
19.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)

20.	2.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: = (18 ± 19) * 0,109813 = Kassenspezifische MGV in Euro

Um nachträgliche Korrekturen des jeweiligen Formblatts 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGV vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGV-Berechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Honorarvereinbarung 2019 vom 23.11.2018

<u>Anlage 2</u>
zur Honorarvereinbarung 2019

Quartal 2/2019

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2019 in Hamburg

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im Quartal 2 /2018 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	3.2	Anpassung des Behandlungsbedarfs entsprechend den Regelungen in Ziffer 3.2. dieser Vereinbarung.
3.	3.3.1	Berücksichtigung des Abgrenzungsbeschlusses im Rahmen des Aufsatzwertebeschlusses gem. Ziffer 2.2.1.2 Abzug bzw. Erhöhung der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 1 ,4 und 5 der Honorarvereinbarung
4.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung
5.a	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5.1 der Honorarvereinbarung
5.b	3.5.1.1	Hinzusetzen der Summe zur Behebung des Kassenwechslereffekts gem. Ziffer 3.5.1.1 der Honorarvereinbarung in Höhe von 1.500.000 Punkten
6.	3.5.2	Hinzusetzen der Summe des zu erwartenden Mehrbedarfs der GOP 19317 gem. Ziffer 3.5.2 der Honorarvereinbarung in Höhe von 22.625 Punkten
7.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 ± 2 ± 3 ± 4 - 5.a + 5.b + 6

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung	**a) GKV-weit**	**b) Einzelkasse**
8.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im Quartal 2/2018 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert.		
9.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle)		
10.	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 3 nach Ziffer 3.3.1 der Honorarvereinbarung (ohne Ziffer 3.3.1 Nr. 4 und 5) genannten Leistungen im Quartal 2/2018 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
11.		Angepasste Leistungsmenge in Punkten = 8 – 9 ± 10		

12.		Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf = 11b / 11a		
13.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = 7 * 12		
14.	3.6.3	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht = 13 + kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

15.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: = 14 / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des Quartals 2/2018) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 2/2019)
15a	3.7.1.1	Subtraktion der basiswirksamen Bereinigungsbeträge für die TSVG-Konstellationen nach Maßgabe von Ziffer 3.7.1.1 der Honorarvereinbarung = 15 - [kassenspezifischer Bereinigungsbetrag gem. Ziffer 3.7.1.1]
16.	3.7.2	Addition der basiswirksamen Erhöhungsbeträge aufgrund der Umsetzung des 43. EBA iVm. 380. BA zur „Nachvergütung Psychotherapie“ gem. Ziffer 3.7.2 dieser Honorarvereinbarung = 15a + [kassenspezifischer Erhöhungsbetrag gem. Ziffer 3.7.2]
17.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = 16 + (16 * - 0,2847 %)
18.	3.9.1	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 17 + [(auf das Abrechnungsquartal 2/2019 aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten) * (ANZVER87a_IK im Quartal 2/2019 – ANZVER87a_IK im Quartal 2/2018)]

19.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)
20.	2.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: = (18 ± 19) * 0,109813 = Kassenspezifische MGV in Euro

Um nachträgliche Korrekturen des jeweiligen Formblatts 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGV vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGV-Berechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Honorarvereinbarung 2019 vom 23.11.2018

<u>Anlage 2</u>
zur Honorarvereinbarung 2019

Quartal 3/2019

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2019 in Hamburg

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im Quartal 3/2018 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	3.2	Anpassung des Behandlungsbedarfs entsprechend den Regelungen in Ziffer 3.2. dieser Vereinbarung.
3.	3.3.1 3.3.2	Berücksichtigung des Abgrenzungsbeschlusses im Rahmen des Aufsatzwertebeschlusses gem. Ziffer 2.2.1.2 Abzug bzw. Erhöhung der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 1 und 5 der Honorarvereinbarung Berücksichtigung der aus dem Fördervolumen Kinderärzte überführten Mittel des Quartals III/2018 zur basiswirksamen MGV-Erhöhung
4.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung
5.a	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5.1 der Honorarvereinbarung
5.b	3.5.1.1	Hinzusetzen der Summe zur Behebung des Kassenwechslereffekts gem. Ziffer 3.5.1.1 der Honorarvereinbarung in Höhe von 1.500.000 Punkten
6.	3.5.2	Hinzusetzen der Summe des zu erwartenden Mehrbedarfs der GOP 19317 gem. Ziffer 3.5.2 der Honorarvereinbarung in Höhe von 22.625 Punkten
7.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 ± 2 ± 3 ± 4 – 5.a +5.b + 6

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung	**a) GKV-weit**	**b) Einzel-kasse**
8.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im Quartal 3/2018 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert.		
9.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle)		
10.	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 3 nach Ziffer 3.3.1 der Honorarvereinbarung (ohne Ziffer 3.3.1 Nr. 5) genannten Leistungen im Quartal 3/2018 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
11.		Angepasste Leistungsmenge in Punkten = 8 - 9 ± 10		

12.		Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf = 11b / 11a		
13.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = 7 * 12		
14.	3.6.3	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht = 13 + kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

15.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: = 14 / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des Quartals 3/2018) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 3/2019)
15a	3.7.1.1	Subtraktion der basiswirksamen Bereinigungsbeträge für die TSVG-Konstellationen nach Maßgabe von Ziffer 3.7.1.1 der Honorarvereinbarung = 15 – [kassenspezifischer Bereinigungsbetrag gem. Ziffer 3.7.1.1]
16.	3.7.2	Addition der basiswirksamen Erhöhungsbeträge aufgrund der Umsetzung des 43. EBA iVm. 380. BA zur „Nachvergütung Psychotherapie“ gem. Ziffer 3.7.2 dieser Honorarvereinbarung = 15a + [kassenspezifischer Erhöhungsbetrag gem. Ziffer 3.7.2]
17.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = 16 + (16 * - 0,2847 %)
18.	3.9.1	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 17 + [(auf das Abrechnungsquartal 3/2019 aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten) * (ANZVER87a_IK im Quartal 3/2019 – ANZVER87a_IK im Quartal 3/2018)]
19.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)

20.	2.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: = (18 ± 19) * 0,109813 = Kassenspezifische MGV in Euro

Um nachträgliche Korrekturen des jeweiligen Formblatts 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGV vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGV-Berechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Honorarvereinbarung 2019 vom 23.11.2018

<u>Anlage 2</u>
zur Honorarvereinbarung 2019

Quartal 4/2019

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2019 in Hamburg

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im Quartal 4/2018 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	3.2	Anpassung des Behandlungsbedarfs entsprechend den Regelungen in Ziffer 3.2. dieser Vereinbarung.
3.	3.3.1 3.3.2	Berücksichtigung des Abgrenzungsbeschlusses im Rahmen des Aufsatzwertebeschlusses gem. Ziffer 2.2.1.2 Abzug bzw. Erhöhung der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 1 und 6 der Honorarvereinbarung Berücksichtigung der aus dem Fördervolumen Kinderärzte überführten Mittel des Quartals IV/2018 zur basiswirksamen MGV-Erhöhung
4.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung
5.a	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5.1 der Honorarvereinbarung
5.b	3.5.1.1	Hinzusetzen der Summe zur Behebung des Kassenwechslereffekts gem. Ziffer 3.5.1.1 der Honorarvereinbarung in Höhe von 1.500.000 Punkten
6.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 ± 2 ± 3 ± 4 – 5.a + 5.b

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung	**a) GKV-weit**	**b) Einzel-kasse**
7.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im Quartal 4/2018 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert.		
8.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle)		
9.	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 3 nach Ziffer 3.3.1 der Honorarvereinbarung genannten Leistungen im Quartal 4/2018 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
10.		Angepasste Leistungsmenge in Punkten = 7 – 8 ± 9		
11.		Kassenspezifischer Anteil am GKV- Leistungsbedarf = 10b / 10a		

12.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = 6 * 11		
13.	3.6.3	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht = 12 + kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

14.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: = 13 / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des Quartals 4/2018) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 4/2019)
14a	3.7.1.1	Subtraktion der basiswirksamen Bereinigungsbeträge für die TSVG-Konstellationen nach Maßgabe von Ziffer 3.7.1.1 der Honorarvereinbarung = 14 – [kassenspezifischer Bereinigungsbetrag gem. Ziffer 3.7.1.1]
15.	3.7.2	Addition der basiswirksamen Erhöhungsbeträge aufgrund der Umsetzung des 43. EBA iVm. 380. BA zur „Nachvergütung Psychotherapie“ gem. Ziffer 3.7.2 dieser Honorarvereinbarung = 14a + [kassenspezifischer Erhöhungsbetrag gem. Ziffer 3.7.2]
16.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = 15 + (15 * - 0,2847 %)
17.	3.9.1	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 16 + [(auf das Abrechnungsquartal 4/2019 aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten) * (ANZVER87a_IK im Quartal 4/2019 – ANZVER87a_IK im Quartal 4 /2018)]
18.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)

19.	2.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: = (17 ± 18) * 0,109813 = Kassenspezifische MGV in Euro

Um nachträgliche Korrekturen des jeweiligen Formblatts 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGV vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGV-Berechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Honorarvereinbarung 2019 vom 23.11.2018

<u>Anlage 3</u>

zur Honorarvereinbarung 2019

Rechenweg des regionalen Punktwertzuschlags gem. Nr. 2 der Honorarvereinbarung 2019 (nach Dau, 2013; lt. BSG-Urteil 2017)

- - basierend auf drei volkswirtschaftliche Indikatoren

  - Arbeitnehmerentgelt je Arbeitnehmer$_1$
  - Arbeitnehmerentgelt je geleisteter Arbeitsstunde$_2$
  - Bruttoinlandsprodukt je Einwohner$_3$

- - es sind jeweils die Werte des (Vor-)vorjahres anzusetzen;
- als allgemein zugängliche Quelle dient das Gemeinsame Datenangebot der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder → http://www.vgrdl.de/VGRdL/

  (Die Vertragspartner sind sich darüber einig, für die Ermittlung von regionalen Punktwertzuschlägen nach dieser Anlage den Berechnungsstand der statistischen Ämter des Bundes und der Länder zu nutzen, welcher zum 31.10. p.a. gem. § 87a Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 SGB V veröffentlicht ist. Liegen zu diesem Zeitpunkt die maßgeblichen Werte noch nicht vor, ist der nächstverfügbare Berechnungsstand maßgebend. Bereits vereinbarte Punktwertzuschläge werden aufgrund von rückwirkenden Statistikrevisionen nicht mehr angepasst.)
- im Folgenden werden die Ergebnisse der Berechnungsschritte 1. bis 5. sowie 7. in Prozent [%] und die Ergebnisse der Berechnungsschritte 6.1 bis 6.3 in Euro-Cent [cent] ausgewiesen

1. Prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

je volkswirtschaftlicher Indikator$_{1,2,3}$ gilt: $a_{1,2,3}$ = ((Wert_HH / Wert_Bund) * 100) - 100

2. ***Durchschnittliche, prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund***

arithmetisches Mittel der prozentualen Abweichungen $a_{1,2,3}$: $\bar{a} = 1/3 * (a_1 + a_2 + a_3)$

3. ***Schätzung der prozentualen Abweichung arztpraxisrelevanter Kosten $b_{Praxiskosten}$ in Hamburg vgl. zum Bund***

auf Grundlage der durchschnittlichen, prozentualen Abweichung $\bar{a}$ (HH *vs.* Bund) der volkswirtschaftlichen Indikatoren gilt: $b_{Praxiskosten} = (\bar{a} / 2) - 1\ \%$

4. ***Schätzung des prozentualen Honorarzuschlags $c_{Personal/Miete}$ zum Ausgleich höherer Praxiskosten in Hamburg vgl. zum Bund***

$b_{Praxiskosten}$ gilt mindestens für den Kostenblock Personal & Miete, für den ein Arzt etwa 30 % der Praxiskosten aufbringt, daher gilt: $c_{Personal/Miete} = b_{Praxiskosten} * 30\ \%$

5. ***Anpassung des Zuschlags $c_{Personal/Miete}$ aufgrund der betriebswirtschaftlichen Attraktivität Hamburgs***

Begrenzung des prozentualen Zuschlags um 1/3 der Schätzung:

$$c_{Personal/Miete**} = c_{Personal/Miete} - (c_{Personal/Miete} / 3)$$

6. ***Anpassung des Zuschlags unter Berücksichtigung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr***

6.1 Berechnung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr $d_{OPW_Differenz}$ [cent] = $OPW_{aktuell}$ [cent] - $OPW_{Vorjahr}$ [cent]

6.2 Berechnung des Zuschlags basierend auf $OPW_{Vorjahr}$: $e_{Zuschlag_OPW\ Vorjahr}$ [cent] = $OPW_{Vorjahr}$ [cent] * $c_{Personal/Miete**}$

6.3 Berechnung des aktuellen Zuschlags abzüglich der Steigerung des OPWs zum Vorjahr

$f_{Zuschlag\text{-}OPWSteigerung}$ [cent] = $e_{Zuschlag_OPW\ Vorjahr}$ [cent] - $d_{OPW_Differenz}$ [cent]

7. ***Berechnung des prozentualen, regionalen Punktwertzuschlags x***

$$x = (f_{Zuschlag\text{-}OPWSteigerung}\ [cent] / OPW_{aktuell}\ [cent]) * 100$$

Hinweis: Sämtliche Rechenschritte 1 – 7 erfolgen ohne Zwischenrundung mit allen Nachkommastellen. Für die Verwendung in Ziffer 2 der Honorarvereinbarung wird das Ergebnis in Schritt 6.3 auf 4 Nachkommastellen gerundet und das Ergebnis in Schritt 7 auf 3 Nachkommastelle gerundet.

Honorarvereinbarung 2019
vom 23.11.2018
Anlage 4
zur Honorarvereinbarung 2019

Nachweis der Erreichung des Förderziels für die Förderung zur Sicherstellung der kinderärztlichen Grundversorgung (FGK) gem. Ziffer 3.3.2 Absatz 9 der Honorarvereinbarung 2019

LANR des geförderten Arztes	LANR des übernommenen Vertragsarztsitzes**	Abrechnungsfrequenz GOP 04001		Leistungsbedarf MGV in Euro	
		[Vorjahresquartal]**	[aktuelles Quartal]	[Vorjahresquartal]**	[aktuelles Quartal]

**Sofern ein Vertragsarztsitz übernommen wurde ist die Spalte "LANR des übernommenen Vertragsarztsitzes" zu befüllen. In diesem Fall sind die Angaben zum Vorjahresquartal jeweils auf den übernommenen Vertragsarztsitz zu beziehen.

Protokollnotiz
zur
Honorarvereinbarung 2019

1. Die Partner dieser Vereinbarung sind sich darüber einig, dass andere zwischen Ihnen geschlossene Verträge durch den Abschluss dieser Vereinbarung unberührt bleiben.

2. Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung der Wegepauschalen vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr. 6. dieser Vereinbarung, ohne dass es diesbezüglich einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf. Die Partner dieser Vereinbarung werden prüfen, welche Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch eine Aufnahme der Wegepauschalen in den EBM notwendig wird, soweit nicht der Bewertungsausschuss entsprechende Regelungen verabschiedet.

3. Sind Falschabrechnungen von Leistungen innerhalb der MGV für vergangene Abrechnungszeiträume aufgrund Rechnungsprüfung nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) einvernehmlich oder durch rechtskräftiges Urteil festgestellt worden, so wird die betreffende kassenspezifische Leistungsmenge eines Abrechnungsquartals um das aus dem gesamten, vorangegangenen Prüfzeitraum ermittelte gesamte Punktzahlvolumen gekürzt. Diese Reduzierung der Leistungsmenge erfolgt spätestens im nächsten, auf die Einigung bzw. die Rechtskraft des Urteils folgenden Abrechnungsquartal. Eine rückwirkende Änderung der Datengrundlagen (ARZTRG- und KASSRG-Daten) zur Bestimmung der Aufsatzwerte findet nicht statt. Das Nähere ist in der Anlage 2 dieser Vereinbarung geregelt.

Hierdurch wird gewährleistet, dass die Berücksichtigung, die insgesamt über alle Kassen zu zahlende MGV nicht verändert.

4. Es besteht Einvernehmen darüber, die Regelung nach Ziffer 3.3.2 für die Förderungszeit bzw. bis zur Ausschöpfung des Fördertopfes mit dem Ziel der Basiswirksamkeit in der MGV in den nachfolgenden Honorarvereinbarungen fortzuschreiben.

5. Die Vertragspartner treffen für alle in dieser Honorarvereinbarung umgesetzten Beschlüsse des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses, deren Umsetzung auch Zeiträume mitumfasst, die über das Jahr 2019 hinausgehen, die nachfolgenden Feststellungen und werden diese in der Protokollnotiz für die Folgejahre fortführen

und unter Berücksichtigung etwaiger Folgebeschlüsse umsetzen. Dies betrifft insbesondere folgende Beschlüsse:

a) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 408. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab 01.10.2019 die Gebührenpositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurück zu überführen sind (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in der Honorarvereinbarung 2020 umgesetzt.

b) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 54. EBA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab 01.07.2021 die Gebührenpositionen 32459, 32774 und 32775 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen sind (mit Eindecklung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2020 übernommen.

c) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 416. BA (schriftliche Beschlussfassung) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.04.2020, vorbehaltlich einer anderslautenden Entscheidung des BA, die Gebührenposition 01611 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen ist (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 „Aufsatzwertebeschluss“. Dabei wird die anzuwendende Abstaffelungsquote auf eins gesetzt. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2020 übernommen.

d) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 53. EBA, geändert durch den 430. BA, anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab 01.01.2021 die Gebührenposition 01641 nach den im 53. EBA, geändert durch den 430. BA, in Teil C festgelegten Voraussetzungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen ist. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2020 übernommen.

e) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 426. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.10.2020, vorbehaltlich einer anderslautenden Entscheidung des BA, die Gebührenpositionen 34298 und 40301 gem. Ziffer 4.66 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen sind (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2020 übernommen.

f) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 426. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.10.2020, vorbehaltlich einer anderslautenden Entscheidung des BA, die Gebührenpositionen 30210, 30212, 30216 und 30218 gem. Ziffer 4.67 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen sind (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2020 übernommen.

g) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 430. BA (Sitzung am 12.12.2018) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass die Überführung der in der Ziffer 4.69 (Zweitmeinungsverfahren) dieser Vereinbarung extrabudgetär gestellten Leistungen für die Indikation Mandeloperation und Gebärmutterentfernungen zum 01.01.2022 sowie für weitere Indikationen jeweils zu Beginn des zwölften auf das Inkrafttreten der entsprechenden Erweiterung der Richtlinie des G-BA zum Zweitmeinungsverfahren folgenden Quartals gemäß der hierzugetroffenen Regelungen des 430. BA ggf. einschließlich etwaiger Folgebeschlüsse erfolgen wird.

Für die Kennzeichnung der Leistungen nach Ziffer 4.69 bei der Abrechnung gilt:

Nach Nr. 4.3.9.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM ist bei der Abrechnung der GOP 01645 die Indikation zu kodieren. Aus diesem Grund wurden die abgeleiteten GOP 01645A (Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Mandeloperation) und GOP 01645B (Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Gebärmutterentfernung) in die Codierungsliste der KBV aufgenommen und sind, solange nichts Abweichendes bestimmt wird, entsprechend zu verwenden.

Nach Nr. 4.3.9.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM ist bei der Abrechnung von im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren abgerechneten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen sowie GOP für gegebenenfalls medizinisch notwendige Untersuchungen nach § 3 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss zum Zweitmeinungsverfahren eine eingriffsspezifische Kennzeichnung vorzunehmen. Bis zur Anpassung der Anlage 6 BMV-Ä (Datenaustauschvertrag) erfolgt die Kennzeichnung im Einzelfallnachweis als Freitext im Feld 5.4.3 mit den nachstehenden Codes:

Code	**Inhalt**
88200 A	Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Mandeloperation
88200 B	Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Gebärmutterentfernung

Die Vertragspartner stimmen darüber überein, dass es bei der Angabe der vorgenannten Codes unerheblich ist, ob das jeweilige Buchstabensuffix groß- oder kleingeschrieben ist.

h) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 433. BA (Sitzung am 22.01.2019) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass die Überführung der in der Ziffer 4.72 dieser Vereinbarung extrabudgetär gestellten Leistungen nach den GOP 32480 und 32557 EBM in die MGV zum 01.04.2021 gemäß des 433. BA nach dem dort in Bezug genommenen Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung vom 21. September 2016, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) oder entsprechender Folgebeschlüsse erfolgt.

i) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 439. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.07.2021, vorbehaltlich einer anderslautenden Entscheidung des BA, die Gebührenposition 32818 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen ist (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 „Aufsatzwertebeschluss“). Dabei wird die anzuwendende Abstaffelungsquote in Nummer 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2020 übernommen.

j) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 441. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass nach Ablauf von 2 Jahren seit dem 01.10.2019 bzgl. der GOP 32362 und 32363 in Ziffer 4.82 dieser Honorarvereinbarung vorbehaltlich des Einvernehmens der Trägerorganisationen des BA bzw. einer Entscheidung des EBA die Leistungen in die MGV ab dem 01.10.2021 nach Maßgabe des dort in Bezug genomme-

nen Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung vom 21. September 2016, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) oder entsprechender Folgebeschlüsse erfolgt. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2020 übernommen.

k) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 441. BA (HIV-Präexpositionsprophylaxe) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass für die Leistungen des Abschnitts 1.7.8 EBM nach Ziffer 4.83 dieser Honorarvereinbarung die Überführung in die MGV zum 01.10.2021 erfolgt, sofern nicht der BA von seinem Gestaltungsrecht bis zum 30.09.2021 Gebrauch macht und die EGV fortführt. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2020 übernommen.

l) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 441. BA (Nukleinsäurennachweis von HIV-RNA) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.10.2021, die Gebührenposition 32850 nach Ziffer 4.84 dieser Honorarvereinbarung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen ist (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 „Aufsatzwertebeschluss“). Dabei wird die anzuwendende Abstaffelungsquote in Nummer 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2020 übernommen.

m) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 449. BA (Anschubförderung der Videosprechstunde) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.10.2021, die Gebührenposition 01451 nach Ziffer 4.85 dieser Honorarvereinbarung ersatzlos zu streichen ist, da die Anschubfinanzierung für die Videosprechstunde ausläuft. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2020 übernommen. Sofern dieser Beschluss eine Änderung erfährt, werden die dadurch bedingten Änderungen in einem Nachtrag umgesetzt.

n) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 451. BA (Optische Kohärenztherapie) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.10.2021, die Gebührenpositionen 06336, 06337, 06338 und 06339 nach Ziffer 4.86 dieser Honorarvereinbarung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen ist (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 „Aufsatzwertebeschluss“). Dabei wird die anzuwendende Abstaffelungsquote in Nummer 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2020 übernommen.

6. Die Honorarvereinbarung 2019 wird von den Vertragspartnern auf der Grundlage geschlossen, dass das zum Zeitpunkt der Einigung der Honorarvereinbarung im Gesetzgebungsverfahren befindliche Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) so erhebliche strukturelle Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung in Hamburg bewirken wird, dass die Nutzung von Gestaltungsspielräumen zur Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung in Hamburg durch die Partner dieser Honorarvereinbarung wenig sinnvoll erscheint. Sollte das TSVG wider Erwarten im Jahre 2019 nicht in Kraft treten, sind sich die Partner dieser Vereinbarung darüber einig, gemeinsam darüber zu verhandeln, ob und welche Gestaltungsmöglichkeiten sie für das Jahr 2019 nutzen und vereinbaren wollen.

7. Den Vertragspartnern ist weiterhin bewusst, dass die Beanstandung des 426. Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 18.09.2018 Gegenstand eines Rechtsstreits beim LSG Berlin-Brandenburg unter dem Aktenzeichen L7KA47/18KL ist. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die nach einem nicht mehr anfechtbaren Urteil in diesem Rechtsstreit geltende oder herzustellende Beschlusslage rückwirkend auf die Honorarvereinbarung 2019 angewendet und insoweit - wenn notwendig - eine Rückabwicklung des Vertrages stattfindet.

8. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die in der 418. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung) zuletzt geändert durch den BA in seiner 439. Sitzung am 19.06.2019 angekündigten weiteren Beschlussfassungen zu den KV-spezifischen Kürzungsbeträgen bzgl. der Bereinigung aufgrund des Wegfalls des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste durch Übermittlung elektronischer Briefe umgesetzt werden und haben hierzu die Ziffer 3.2. der vorstehenden Honorarvereinbarung auf NN gesetzt.

9. Der 433. Bewertungsausschuss (22.01.2019) hat im Zusammenhang mit der Neubewertung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 08411 (Geburt) zum 1. Januar 2019 folgende Regelung im Teil B beschlossen:
„Aufgrund regionaler Unterschiede der Höhe der Prämien für die Berufshaftpflichtversicherung empfiehlt der Bewertungsausschuss den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene jährlich zu prüfen, ob und in welcher Höhe eine Förderung gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V über die Bewertung der Gebührenordnungsposition 08411 hinaus, vorzunehmen ist.“
Dieser Verpflichtung zur regionalen Bewertung werden die Partner dieser Vereinbarung auch unterjährig nachkommen und soweit erforderlich im Rahmen eines entsprechenden Nachtrages umsetzen.

10. Die Vertragspartner treffen für die MGV-Abstimmung und Honorarabrechnung unter TSVG-Bedingungen die nachfolgenden Bestimmungen:

I. Abstimmung der vorläufigen MGV mit Platzhalter (Schritt 14a bzw. 15a Honorarvereinbarung 2019 Anlage 2) für die Bereinigung der MGV nach der TSVG-Abstimmungstabelle enthält für TSVG nur NULL-Werte sowie noch nicht die Auswirkungen der Morbiditätsrate aus Schritt 16 bzw. 17 Honorarvereinbarung 2019 Anlage 2 in Bezug auf die TSVG-Bereinigungsbeträge - unverändert.

II. Nach abgeschlossenem Abstimmungsverfahren erfolgt Bestätigung der vorläufigen MGV (ohne TSVG-Werte/ohne Auswirkungen der Morbiditätsrate auf die TSVG-Werte) durch die Hamburger Krankenkassen/-Verbände (Gesamtvertragspartner = rubrizierenden Partner der Honorarvereinbarung)

III. Die abgestimmte vorläufige MGV wird damit zur Grundlage der Honorarrechnungslegung nach dem jeweiligen Gesamtvertrag ggü. der jeweiligen Krankenkasse.

Die Rechnungslegung ggü. der Krankenkasse wird wie folgt durchgeführt:

a. Vorläufig endgültige MGV unter Berücksichtigung der Rechenschritte aus der abgestimmten vorläufigen MGV sowie der sich aus Schritt 14a bzw. 15a und 16 bzw. 17 ergebenden Veränderungen

b. Ausweis der Summe der in Schritt 14a bzw. 15a der Anlage 2 zur Honorarvereinbarung 2019 dokumentierten TSVG-Bereinigungsbeträge

IV. Die KV Hamburg stellt mit der kassenindividuellen Rechnungslegung die kassenindividuellen detaillierten Berechnungstabellen (Anlage) für die TSVG-Bereinigung den Gesamtvertragspartnern (= rubrizierenden Partner der Honorarvereinbarung) gemäß Schritt 14a bzw. 15a Honorarvereinbarung 2019 Anlage 2 zur Verfügung. Darüber hinaus erhalten die vorgenannten Vertragspartner die MGV-Berechnung einschließlich TSVG-Bereinigung gemäß der Honorarvereinbarung 2019 Anlage 2 zur Endabstimmung.

V. Nach Durchführung der kassenindividuellen Prüfung der MGV-Berechnung unter Einschluss der TSVG-Bereinigung melden die Gesamtvertragspartner (= rubrizierenden Partner der Honorarvereinbarung) ihren Korrekturbedarf bei der KV Hamburg an oder bestätigen die endgültige MGV-Berechnung. Die Ordnungsfrist für die Abstimmung der endgültigen MGV beträgt maximal 4 Wochen, sie endet spätestens 3 Werktage vor dem Liefertermin der KASSRG-Daten. Für das Quartal II/2019 werden die Informationen von der KV Hamburg zeitnah zur Verfügung gestellt.

VI. Im Falle einer Differenz zwischen der vorläufigen endgültigen MGV aus der Rechnungslegung und der MGV aus der Endabstimmung, erfolgen die vollständigen Korrekturen mit der nächsterreichbaren Rechnungslegung. Darüber hinaus sind sich die Vertragspartner darüber einig, dass die vorstehenden Regelungen ausschließlich dem Zweck einer pragmatischen Vorgehensweise bei der Abstimmung der MGV und der Rechnungslegung in Bezug auf die TSVG-Bereinigung dienen und eine Änderung der zwischen den Gesamtvertragspartnern bestehenden Regelungen zur Abstimmung und Rechnungslegung nicht beabsichtigt ist.

Anlage zu Ziffer 4 der Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2020 — Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Nachweis zur TSVG-Bereinigung gem. 439/452. BA für das Quartal XX/2020

QUARTA	VKNR	Kassenar	Arztgruppe	TSS-Vermittlungsfall gem. Euro-GO	HA-Vermittlungsfall gem. Euro-GO	offene Sprechstunde gem. Euro-GO	Neupatient gem. Euro-GO	TSS-Akutfall gem. Euro-GO	Summe Leistungsbedarf gem. Euro-GO	Arztgruppenspezifische Quote gem. Satzart AUSZQ_SUM	Bereinigungsmenge in EURO
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10] =[5]+[6]+[7]+[8]+[9]	[11]	[12] =[10]*[11]
20201	XXXX	XX	6	50,00	100,00	150,00	200,00	-	500,00	0,8726074	436,30
20201	XXXX	XX	19	5.000,00	6.000,00	250,00	-	90,00	11.340,00	0,8570916	9.719,42
20201	XXXX	XX	26	212,10	49,92	102,49	61,05	-	425,57	0,8725220	371,32
20201	XXXX	XX	10	50,00	160,34	1.406,23	481,02	16,29	2.113,89	0,8945684	1.891,02
20201	XXXX	XX	15	486,78	1.803,71	169,50	319,14	54,49	2.833,63	0,8685807	2.461,24
20201	XXXX	XX	53	22,22	540,55	4.587,24	17,57	229,99	5.397,58	0,8857959	4.781,15
20201	XXXX	XX	68	30,91	58,57	1.375,36	1.229,81	1,16	2.695,81	0,9955232	2.683,74
20201	XXXX	XX	21	612,13	458,13	707,15	75,23	103,99	1.956,63	0,8749349	1.711,93
20201	XXXX	XX	46	100,17	65,11	795,92	4.587,24	85,21	5.633,66	0,8909806	5.019,48
20201	XXXX	XX	58	75,23	1.229,81	60,74	404,21	52,27	1.822,26	0,8896004	1.621,08
20201	XXXX	XX	23	187,96	36,72	48,46	49,92	31,61	354,67	0,8715149	309,10
20201	XXXX	XX	51	600,00	154,03	61,05	273,55	29,56	1.118,20	0,8824400	986,74

Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes
zwischen

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

und

den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Hamburg**

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

vom 20. Dezember 2010

in der Fassung des

51. Nachtrages zum Gesamtvertrag der Ersatzkassen in Hamburg
vom 27.09.2017
gemäß §§ 63, 73b, 140a SGB V
im Falle KV-bereichsübergreifender
Inanspruchnahme

Dieser Bereinigungsvertrag wird als Anlage B-MGV Bestandteil des bestehenden Gesamtvertrages.

Präambel

Die Vertragspartner schließen mit Wirkung für die von den rubrizierenden Vertragspartnern vertretenen Krankenkassen ab dem 01.01.2018 die nachfolgende Vereinbarung zur Umsetzung der Beschlüsse des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes gemäß §§ 63, 73b, 140a SGB V bei KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme.

§ 1

Grundlagen

(1) Bereinigungen nach dieser Vereinbarung erfolgen auf der Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31.08.2017

- Bereinigungsbeschluss ab dem Jahr 2018 -

(im Folgenden 400. BA) mit Wirkung ab dem I. Quartal 2018. Dies umfasst auch Beschlüsse, auf die im vorgenannten Beschluss konkret Bezug genommen wird.

(2) Die vorgenannten Beschlüsse sind verbindlich anzuwenden, sofern nicht im Folgenden durch die Beschlüsse zugelassene 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 01.01.2018 in Kraft.

§ 3

Besonderheiten für vorläufige Bereinigungen

Die Vertragspartner sind sich einig, das etablierte Verfahren für die vorläufige Bereinigung bei Bedarf auch ab 2018 anzuwenden. Das Verfahren ist in der Protokollnotiz zu dieser Vereinbarung geregelt

§ 4

Inanspruchnahme des Kollektivsystems

(1) Erfolgt gemäß des 400. BA Nr. 4./4.1 Ziffer 3 und Ziffer 7 durch in Selektivverträge eingeschriebene Versicherte eine Inanspruchnahme von selektivvertraglich vereinbarten Leistungen gemäß Satzart L08 (Versorgungsauftrag gemäß EBM des Bereinigungsquartals), die von der Gruppe der in § 5 Abs. 3 und Abs. 6 genannten Ärzte erbracht wurden und 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 erbrachten Leistungen werden Abschlagszahlungen gemäß des 400. BA 4./4.1./Nr. 3 vereinbart (NVI-Abschläge). Die monatlichen Abschläge betragen 30 % des Betrages, der von der Krankenkasse für das jeweilige Vorjahresquartal an die KV Hamburg gezahlt wurde. Hierbei ergibt sich der anzuwendende Prozentsatz aus dem zutreffenden Gesamtvertrag mit der KV Hamburg. Dabei werden die von der KV Hamburg geltend gemachten Beträge nachrichtlich im Formblatt 3 ausgewiesen. Die Abschläge werden zu den Zeitpunkten an die KV Hamburg gezahlt, an denen auch die Abschlagszahlungen für die Vergütung der ärztlichen Leistungen erfolgen. Falls die Summe der monatlichen NVI-Abschläge den von der Krankenkasse im aktuellen Abrechnungsquartal anerkannten NVI-Betrag übersteigt (Überzahlung), kann der Überzahlungsbetrag mit den nächsten NVI-Abschlagszahlungen verrechnet werden.

(3) § 5 Abs. 4 gilt entsprechend.

(4) Voraussetzung für die Vergütung nach Abs. 1 ist die fristgerechte Lieferung der Daten gemäß des 400. BA Nr. 4./4.1 Ziffer 3 in Verbindung mit Nr. 8. Beruht eine Verfristung auf Umständen, die außerhalb der Sphäre der Krankenkassen bzw. der KV Hamburg liegen (z. B. fehlerhafte EFN-Daten anderer KV-Bereiche oder verspätete Lieferungen von für die Bereinigung erforderlichen Daten im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs), ist eine Berufung auf eine verfristete Lieferung der Daten ausgeschlossen. In diesen Fällen sind die Krankenkassen bzw. die KV Hamburg gehalten, den jeweiligen Vertragspartner unverzüglich über die Umstände in Kenntnis zu setzen. Die vorgenannte Datenlieferung hat in diesen Fällen nach Entfallen der Umstände zu erfolgen.

§ 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 400. BA 4.5 verbindlich anzuwenden. In Konkretisierung des 400. BA 4./4.1 Nr. 4 und 5./5.4.1 c) wird für Versicherte mit Wohnsitz ausserhalb der Bundesrepublik Deutschland (Wohnortausländer) als separates Ersatzverfahren vereinbart, dass die Bereinigung nach denselben Regelungen des vorgenannten Beschlusses gemäß 5.4.1 a) sowie ggf. b) erfolgt, die für Versicherte, die keine Wohnortausländer sind, Anwendung finden. Eine Bereinigung nach diesem Verfahren findet nur für solche Wohnortausländer statt, die bei der Bildung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der KV Hamburg hinsichtlich ihres Behandlungsbedarfs und der Anzahl der Versicherten berücksichtigt wurden.

(3) Zur sachgerechten Berücksichtigung der von Hausärzten veranlassten Laborleistungen werden zusätzlich auch die in den jeweiligen Ziffernkränzen genannten Laborleistungen des Kapitels 32 EBM - mit Ausnahme der GOP 32001 – aus dem jeweiligen Vorjahresquartal bereinigt, die von Ärzten gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V, die im Vorjahresquartal in ihrer LANR im EFN-Datensatz an der 8. und 9. Stelle die Ausprägung gemäß Abs. 6 aufweisen, veranlasst wurden, aber von bereichseigenen oder bereichsfremden Ärzten erbracht wurden, die in ihrer LANR im EFN-Datensatz an der 8. und 9. Stelle die Ausprägung „48“, „49“, „55“ oder „00“ aufweisen.

(4) Es werden nur Leistungen bereinigt, die auf den Scheinarten O, M, K, V und Z abgerechnet werden. Leistungen auf der Scheinart N werden nicht bereinigt.

(5) Die Quartalsabgrenzung des bereinigungsrelevanten Leistungsbedarfs des jeweiligen Vorjahresquartals erfolgt anhand der Abrechnungsquartale und nicht anhand des Behandlungsdatums.

(6) Zur Ermittlung des Leistungsbedarfs je Versicherten bei Hausarztverträgen nach § 73b SGB V werden ausschließlich Leistungen herangezogen, die von den Ärzten gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V erbracht werden, die in den EFN-Datensätzen in ihrer LANR an der 8. und 9. Stelle die Ausprägung „01“, „02“ oder „03“ aufweisen.

(7) Der für die Krankenkassen ermittelte quartalsbezogene Differenzbereinigungsbetrag wird von der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Abrechnung des jeweiligen Quartals in der Berechnung der MGV als Differenzbereinigungsvolumen in Punkten (positiv wie negativ) vom für die Krankenkasse vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf des Bereinigungsquartals in Abzug gebracht. Der Ausweis erfolgt im Rechnungsbrief und im Formblatt 3, für HzV-Verträge unter Kontenart 9959, Vorgang 995.

(8) Wenden Krankenkassen das Verfahren gemäß Abs. 5 der Nr. 4.5 des 400. BA (Bereinigungsverfahren der Vertrags-KV) an und sind hierdurch bedingt abweichende Regelungen zum Beispiel hinsichtlich

1. des Inhalts der Datenlieferungen nach Nr. 9 des 400. BA und/oder
2. des Inhalts und des Umfangs der Regelungen zur Nichtvertragskonformen Inanspruchnahme (NVI) nach Nr. 4.1 Ziffer 3 des 400. BA in Verbindung mit Nr. 8 des 400. BA erforderlich, werden bilaterale Abstimmungen als Anlage Bestandteil dieses Bereinigungsvertrages.

Die jeweilige Anlage enthält in der Überschrift

1. die Bezeichnung der betreffenden Krankenkasse,
2. die Bezeichnung des Selektivvertrages (Vertragsbezeichnung gemäß Satzart L01 Feld 8),
3. die Vertragskennung gemäß Satzart L01 Feld 2 sowie
4. die KV gemäß Satz L01 Feld 9.

Für die Wirksamkeit der bilateralen Abstimmungen ist eine Einigung zwischen den betreffenden Krankenkassen und der KV Hamburg ausreichend.

(9) Zur Durchführung der in Nr. 6 des 400. BA beschriebenen Bereinigungsverfahren finden die Regelungen in Abs. 8 entsprechend Anwendung.

(10) Die Vertragspartner stellen klar, dass von der optionalen Möglichkeit des 400. BA in Nr. 5.4.1 - eine einvernehmliche arztgruppenspezifische Abstaffelungsquote zu vereinbaren - kein Gebrauch gemacht wird. Demzufolge ist bei der Berechnung des Bereinigungsbetrages die KV-spezifische Abstaffelungsquote anzuwenden.

(11) Sofern die KV Hamburg über bundesweit einheitliche Suffixe hinaus regionale Suffixe vergibt, hat sie den Bereinigungsziffernkranz Satzart L03 und L08 (NVI-Abrechnungsziffernkranz) entsprechend zu ergänzen.

§ 6

Datenlieferung

(1) Hinsichtlich der Datenlieferungen für Bereinigungen ab dem I. Quartal 2018 findet der 400. BA und die darin konkret in Bezug genommenen Beschlüsse Anwendung. Mit umfasst ist hiervon insbesondere die Anlage „Datenschnittstellen“ zum 400. BA. § 5 Abs. 8 und 9 gelten.

(2) Die Frist zur Übermittlung der Quartalsdaten beträgt gemäß 400. BA Nr. 4.2 Ziffer 5 Satz 1 drei Wochen. Erfolgt keine fristgerechte Lieferung der Daten an die KV Hamburg entsprechend der Beschlüsse, findet eine Bereinigung für das betreffende Quartal nicht statt. § 4 Abs. 4 gilt entsprechend.

(3) Eine Bereinigung erfolgt nur für Versicherte, die in den fristgerecht gelieferten Daten an die KV Hamburg enthalten sind.

(4) Es findet keine Bereinigung für Leistungen statt, die auf Basis des zugrunde liegenden HzV-Versorgungsauftrages (HzV-Ziffernkranz) nicht in der Satzart L03 (Versorgungsauftrag gemäß EBM des Vorjahresquartals) aufgeführt sind.

(5) Um Unstimmigkeiten zu vermeiden, stimmen sich die Krankenkassen und die KV Hamburg vor der quartalsweisen Lieferung der Daten individuell über die Höhe des pauschalen Rückbereinigungsbetrags gemäß Nr. 5.4.2 des 400. BA ab.

§ 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

Kündigung

Für die Kündigung findet die entsprechende Regelung des Gesamtvertrages Anwendung.

Protokollnotiz

Die Partner dieses Bereinigungsvertrages stimmen darin überein, dass die vorläufige Bereinigung und Spitzabrechnung für Bereinigungsquartale ab dem 2. Quartal 2015 auch in 2018 und den folgenden Jahren wie folgt durchgeführt wird:

1. Eine vorläufige Bereinigung ist dann durchzuführen, wenn die für die Ermittlung vollständiger Bereinigungsdatensätze (L01-L10 exkl. L05) erforderlichen Festlegungen (damit sind im Folgenden sämtliche für die Erstellung vollständiger Datensätze L01-10 excl. L05 erforderlichen Informationen gemeint), zu denen insbesondere die Abstaffelungsquote gemäß BA-Beschluss und die MGV-Steigerungsrate gehören, nicht rechtzeitig vorliegen.
2. In diesen Fällen sendet die Krankenkasse die Datensätze L01-L10 excl. L05 ohne Berücksichtigung der Festlegungen an die KV Hamburg. Der Wert der Abstaffelungsquote wird in diesen Fällen mit „1,0“, der des Anpassungsfaktors aufgrund der MGV-Steigerungsrate ebenfalls mit „1,0“ bewertet. In Fällen anderer fehlender Festlegungen verständigen sich die Krankenkasse und die KV Hamburg über den anzusetzenden Anpassungsfaktor.
3. Die finanzwirksame vorläufige Bereinigung erfolgt auf der Grundlage der nach Nr. 2 übermittelten Datensätze.
4. Die Spitzabrechnung erfolgt, wenn die Festlegungen vollständig vorliegen. In diesem Fall wird die KV Hamburg die Datensätze für die vorläufige Bereinigung nach Nr. 2 verwenden und selbständig die fehlenden Festlegungen zur Berechnung des Bereinigungsbetrages anwenden. Die im Rahmen der Spitzabrechnung ermittelten Bereinigungsbeträge werden zwischen den Vertragspartner einvernehmlich abgestimmt.

   Die im Rahmen der Spitzabrechnung ermittelten Bereinigungsbeträge sind im nächsterreichbaren Rechnungsbrief auszuweisen. Die Zuordnung zum betreffenden Bereinigungsquartal erfolgt im Rahmen der Rechnungslegung. Die unter 1.-4. genannten Regelungen werden durch die Vertragspartner gegenseitig transparent in standardisierter Form bei der Rechnungslegung dargestellt.

Anlage 1

Krankenkasse:	**Techniker Krankenkasse (TK)**
Vertragsbezeichnung:	**Verträge der TK zur Integrierten Versorgung Rheuma gemäß § 140a SGB V "Versorgungslandschaft Rheuma" in Nordrhein und Bayern**
Vertragskennung:	**120382TK033 (NOR) und 120712TK013 (BAY)**
KV:	**00000100000000000 (NOR) und 00000000010000000 (BAY)**

auf Basis von § 5 Absatz 9 i.V.m. Absatz 8 des 51. Nachtrags zur Gesamtvereinbarung der Ersatzkassen in Hamburg zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs gemäß §§ 63, 73b, 140a SGB V im Falle KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme vom 20. Dezember 2010 - "Versorgungslandschaft Rheuma (VLR)" - in Nordrhein und Bayern

zum Zwecke der Rückbereinigung im Jahr 2018

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

- nachfolgend KV Hamburg -

und der

Techniker Krankenkasse
- nachfolgend TK -

Die Parteien vereinbaren aufgrund der Kündigung der zwei TK-Verträge zur integrierten Versorgung Rheuma gemäß § 140a SGB V "Versorgungslandschaft Rheuma" (im Weiteren "IV-Vertrag") im KV-Bezirk Nordrhein und Bayern mit Wirkung zum 31.12.2017 für die Quartale 1/2018 bis 4/2018 folgendes Verfahren:

(1) Die TK hat der KV Hamburg die Beendigung der IV-Verträge mit situativer Teilnahme von Versicherten der TK rechtzeitig angezeigt.

(2) Alle bisherigen Teilnehmer nehmen ab 01.01.2018 nicht mehr an den IV-Verträgen teil und gelten als Rückkehrer, sofern für sie im jeweiligen Vorjahresquartal eine Bereinigung durchgeführt wurde.

(3) Als Rückbereinigungsbetrag wird die Pauschale in Höhe von 36,40 Euro je Quartal angesetzt.

Die Rückbereinigungsmenge ergibt sich aus der Summe aller Rückkehrer multipliziert mit der Pauschale nach Satz 1.

(4) Die TK sendet der KV Hamburg quartalsweise 3 Wochen vor Quartalsende eine E-Mail mit Informationen hinsichtlich
   a. der Anzahl Rückkehrer,
   b. der anzusetzenden Pauschalhöhe je Rückkehrer und
   c. der Rückbereinigungsmenge im jeweiligen Quartal.

Fällt die Frist in Hamburg auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, erfolgt die Datenlieferung spätestens zum darauffolgenden Werktag.

(5) Eine Datenlieferung gem. Anhang 1 zur Anlage 1 genannten Bereinigungsvertrages vom 13.10.2016 erfolgt nicht.

Sofern seitens der TK im Jahr 2018 ein bereinigungsrelevanter Anschlussvertrag zu den IV-Verträgen abgeschlossen wird, verständigen sich Vertragspartner ob und wie u.a. auf die Bereinigungsdaten des gekündigten Selektivvertrages bzw. die letztverfügbaren Abrechnungsdaten zurückgegriffen werden kann.

Hamburg, 06.12.2017

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg	TK-Landesvertretung Hamburg