

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 nach § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 87b SGB V folgender

Verteilungsmaßstab (VM)

ab dem 01. Juli 2010

geschlossen:

Dieser gemeinsam und einheitlich geschlossene Verteilungsmaßstab wird als Anlage VM Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

§ 1 Geltungsbereich

(1) Der VM gilt für alle an der vertragsärztlichen Versorgung in Hamburg teilnehmenden Ärzte, psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie für ärztlich geleitete Einrichtungen, ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen. Die vorstehend benannten Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung werden im Folgenden unter Verzicht auf die weibliche und männliche Bezeichnung einheitlich als Vertragsärzte bezeichnet.

(2) Die Abrechnungen zu Lasten der Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie zu Lasten der Knappschaft und der Ersatzkassen erfolgen auf Grundlage der jeweils aktuellen Euro-Gebührenordnung in Verbindung mit den jeweils aktuellen Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses gemäß §§ 87, 87a-c SGB V (im folgenden „Beschlüsse des EBA“ genannt), den vertraglichen Vereinbarungen sowie den Bestimmungen dieses VM.

(3) Abrechnungsfähig sind nur Leistungen (einschließlich Kostenerstattungen), die die Vertragsärzte persönlich erbracht haben. Das sind alle von diesen Vertragsärzten selbst ausgeführten Leistungen sowie Leistungen von Assistenten oder Vertretern, die die Vertragsärzte berechtigterweise in ihrer Praxis beschäftigt haben (Assistenten müssen vorher von der KV Hamburg genehmigt worden sein; Vertreter dürfen nur wegen Krankheit, Urlaub, Fortbildung oder Wehrübung beschäftigt werden und Vertretungen von mehr als einer Woche müssen der KV Hamburg vorher mitgeteilt worden sein). Zu den vom Vertragsarzt persönlich erbrachten Leistungen gehören auch die von ihm angeordneten Hilfeleistungen seiner nicht-ärztlichen Mitarbeiter, wenn diese für die Hilfeleistungen qualifiziert sind und der Arzt an den Hilfeleistungen durch eine je nach Lage des Falles mehr oder weniger intensive persönliche Anleitung oder Beaufsichtigung verantwortlich mitgewirkt hat. Leistungen, ohne dass der Vertragsarzt oder sein Vertreter in der Praxis anwesend waren und korrigierend eingreifen konnten, sind grundsätzlich nicht abrechnungsfähig. Für die Abrechnungsfähigkeit der Laborleistungen gelten die Richtlinien für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Für Abrechnungsfähigkeit von Leistungen im Zusammenhang mit ärztlich angeordneten Hilfeleistungen anderer Personen nach §§ 28 Abs. 1 Satz 2, 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V gelten §15 Abs.1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 14 Abs. 1 des Bundesmantelvertrages Ärzte/Ersatzkassen (EKV) jeweils in Verbindung mit Anlage 8.

§ 2 Grundsätze der Vergütung und Steuerung der ambulanten ärztlichen Leistungen

(1) Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA - Beschluss Teil B Ziffer 6 - und der jeweils geltenden Honorarvereinbarung. Diese Ausgangsgröße wird unter Abzug der im Folgenden genannten Vergütungsbereiche auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA und den näheren Bestimmungen dieses VM verteilt:

1. Die Vergütung und Steuerung von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Vertragsärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen sowie der Abzug des hierfür bestimmten Vergütungsanteils aus der vorgenannten Ausgangsgröße erfolgt nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA - insbesondere Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 2.4, 4, Anlage 4 Anhang 1 Schritt 17 - und den näheren Bestimmungen dieses VM in § 5 Anlage A.

2. Die Vergütung und Steuerung der Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen (Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220), die Grundpauschale für zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (Gebührenordnungsposition 01320) sowie Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM (Laborleistungen nach Ziffer 2.5.1 Beschluss Teil F Abschnitt I der Beschlüsse des EBA) sowie der Abzug des hierfür bestimmten Vergütungsanteils aus der vorgenannten Ausgangsgröße erfolgt nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA - insbesondere Anlage 4 Anhang 1 Schritt 18 - und den näheren Bestimmungen dieses VM in § 6 Anlage A.
3. Die Vergütung und Steuerung der Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser (Notfallmedizin nach Ziffer 2.5.2 Beschluss Teil F Abschnitt I der Beschlüsse des EBA) sowie der Abzug des hierfür bestimmten Vergütungsanteils aus der vorgenannten Ausgangsgröße erfolgt nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA - insbesondere Anlage 4 Anhang 1 Schritt 19 - und den näheren Bestimmungen dieses VM in § 6 Anlage A.

(2) Für den jeweiligen Versorgungsbereich wird als weitere Ausgangsgröße

1. unter Berücksichtigung der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
2. unter Abzug der festgesetzten Rückstellungen entsprechend Beschluss Teil G des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010,
3. unter Abzug der Vergütung für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen,
4. unter Abzug der Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM,
5. unter Abzug der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
6. unter Abzug von 2 % des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens für abgestaffelt zu vergütende Leistungen,
7. unter Abzug des gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 5 vereinbarten Vergütungsvolumens (Bereinigung des RLV bei Selektivverträgen)

das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen gebildet. Die Vergütung und Steuerung von Leistungen nach Nr. 3 und Nr. 4 sowie der Abzug des jeweiligen hierfür bestimmten Vergütungsanteils aus der vorgenannten Ausgangsgröße erfolgt nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA und den näheren Bestimmungen dieses VM in § 6 Anlage A.

(3) Das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen wird nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA und den näheren Bestimmungen dieses VM in Anlage A jeweils auf

- die entsprechenden Arztgruppen gemäß der Regelung der KV Hamburg (Arztgruppenliste) und
- die Vertragsärzte und Therapeuten, für die nach Beschluss Teil F, Abschnitt I. Nr. 4.1 der Beschlüsse des EBA zeitbezogene Kapazitätsgrenzen zugewiesen werden, verteilt.

Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen.

(4) Aus dem jeweils gebildeten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen erfolgt auch die Vergütung und Steuerung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Vertragsärzten aus nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen nach den näheren Bestimmungen dieses VM in § 5 Anlage A.

(5) Aus dem jeweils gebildeten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen erfolgt auch die Vergütung und Steuerung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen von Vertragsärzten, für die nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Nr. 4.1 der Beschlüsse des EBA zeitbezogene Kapazitätsgrenzen zugewiesen werden, nach den näheren Bestimmungen dieses VM in § 5 Anlage A.

(6) Aus dem jeweils gebildeten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen erfolgt auch die Vergütung und Steuerung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.3 EBM von Vertragsärzten aus nicht in Beschluss Teil F, Abschnitt I. Nr. 4.1 der Beschlüsse des EBA aufgeführten Arztgruppen durch qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen nach den näheren Bestimmungen dieses VM in § 5 Anlage A.

(7) Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV und
- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb des QZV.

Die Ermittlung der RLV und QZV erfolgt nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA und den näheren Bestimmungen dieses VM.

(8) Für die Vergütung von Leistungen, die den zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit (§ 87b SGB V) zu ermittelnden RLV und/oder den QZV unterliegen, gilt Anlage A dieses VM.

(9) Im Übrigen erfolgt die Vergütung ärztlicher Leistungen auf Grundlage der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung jeweils aktuellen Euro-Gebührenordnung in Verbindung mit den jeweils aktuellen Beschlüssen des EBA, den vertraglichen Vereinbarungen sowie den Bestimmungen dieses VM.

§ 3

Sonstige Verteilungsregeln

(1) Kosten, die nach den Bestimmungen des EBM berechnet werden können, aber nicht unter die Pauschalerstattungen des Kapitels 40 EBM fallen, werden in der im Einzelfall entstandenen und nachgewiesenen Höhe erstattet. Bei Berechnung der Kosten des Einzelfalles sind gewährte Rabatte, auch Naturalrabatte und Rückvergütungen kostenmindernd in voller Höhe zu berücksichtigen; Skonti bis zur Höhe von 3 % der Rechnungssummen bleiben unberücksichtigt.

(2) Portokosten im Zusammenhang mit AU-Bescheinigungen werden abweichend von den Bestimmungen des Kapitels 40 EBM nur in Höhe der Frankatur für die Einsendungen an die Verteilerstelle bei der KV Hamburg (abzüglich eventueller Strafporti) erstattet.

§ 4 Inkrafttreten, Bekanntgabe, Ergänzungsvorschriften

(1) Dieser VM tritt am 1. Juli 2010 in Kraft und löst damit den bis dahin geltenden VM vom 26. November 2008 in der Fassung des 5. Nachtrages vom 23. März 2010 ab.

(2) Änderungen und Ergänzungen des VM treten am Tage der Veröffentlichung in Kraft, soweit die Vertragspartner nicht das Inkrafttreten zu einem anderen Zeitpunkt beschließen.

(3) Der VM, seine Änderungen und Ergänzungen sind nach der Vereinbarung unverzüglich zu veröffentlichen.

(4) Im Zusammenhang mit der Anfechtung von Honorarbescheiden, die auf der Grundlage dieser Vereinbarung ergehen, gehen aufgrund gesetzlicher Regelungen oder wirksamer Kostenentscheidungen der KV Hamburg auferlegte Verfahrens- oder Gerichtskosten und außergerichtliche Kosten zu Lasten der KV Hamburg und können von dieser nicht bei den Partnern dieser Vereinbarung geltend gemacht werden.

(5) Eine Haftung der Krankenkassen für Regelungen und Handlungen, die nach dieser Vereinbarung ausschließlich die KV Hamburg vornimmt, ist ausgeschlossen. Dieser Haftungsausschluss wird durch eine Information der Krankenkassen nicht berührt.

(6) Der VM kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 4 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Die Kündigung kann auf Teile des VM beschränkt werden.

(7) Einvernehmliche Änderungen des VM sind auch ohne Kündigung möglich. Darüber hinaus sind sich die Partner dieser Vereinbarung einig, dass

- die Kalkulation der Vorwegabzüge gemäß Ziffer 2.5. Beschluss Teil F der Beschlüsse des EBA,
- die Kalkulation der versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen gemäß Ziffer 3.1.2 Beschluss Teil F der Beschlüsse des EBA,
- die Etablierung eines Verfahrens bei der Berechnung des RLV je Arzt für Arztgruppen mit kleinen Besetzungszahlen zur Berücksichtigung von Veränderungen in der Arztzahl der Arztgruppe im Zeitraum zwischen Basisjahr der Ermittlung des Leistungsbedarfs und dem Basisjahr für die Ermittlung der RLV-Fallzahl,
- die Fortentwicklung der Arztgruppensystematik sowie
- die Ausgestaltung von QZV

der KV Hamburg obliegt. Entsprechende Regelungen zu den beiden letztgenannten Fällen werden von der KV Hamburg veröffentlicht (Arztgruppenliste, QZV-Liste).

Hamburg, den 23.04.2010

Die Erklärungsfrist der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz ist zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht abgelaufen.

Anlage A

zum VM

§ 1

Grundsätze der Vergütung

(1) Die Vergütung der Vertragsärzte erfolgt auf Grundlage der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung jeweils aktuellen Euro-Gebührenordnung in Verbindung mit den jeweils aktuellen Beschlüssen des EBA, den vertraglichen Vereinbarungen sowie den Bestimmungen dieses VM.

(2) Der Vergütungsanspruch ist - auch im Fall von Abstafflungen und/oder Quotierungen - auf maximal 100 % der Preise nach der jeweils gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung begrenzt.

(3) Reicht ein Vertragsarzt der KV Hamburg Behandlungsausweise verspätet ein, so werden diese nach den Bestimmungen dieses VM zu den Bedingungen des jeweiligen Abrechnungsvierteljahres der Leistungserbringung nachvergütet. Hierbei gilt für Leistungen, die einer Abstaffelung und/oder Quotierung unterliegen, dass diese zum abgestaffelten/quotierten Preis des jeweiligen Abrechnungsvierteljahres der Leistungserbringung erfolgt.

§ 2

Maßnahmen zur Steuerung der RLV-Fallzahl gem. Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 3.2.1 der Beschlüsse des EBA

Zur Stabilisierung der Regelleistungsvolumen wird bei deren Ermittlung der rechnerische Fallwert des nach den Vorgaben der Beschlüsse des EBA und dieses VM ermittelten arztgruppenspezifischen Regelleistungsvolumens quartalsweise vom 3. Quartal 2010 bis zum 2. Quartal 2011 jeweils als Zielwert zugrunde gelegt. Wird dieser Zielwert unter Berücksichtigung der für die Ermittlung von Regelleistungsvolumen jeweils maßgeblichen Fallzahlen und der zur Vergütung der RLV-Leistungen zur Verfügung stehenden Anteile der vorläufigen MGV um mehr als 3 % unterschritten, werden die zur Ermittlung des Regelleistungsvolumens maßgeblichen Fallzahlen soweit reduziert, dass die Unterschreitung des Zielwertes auf maximal 3 % begrenzt wird. Dabei ist der arztindividuelle Anteil an der Senkung des rechnerischen Fallwertes (RLV-Vergütungsvolumen ./i. Fälle) zu berücksichtigen. Diese Regelung findet keine Anwendung auf Vertragsärzte in neuen und jungen Praxen i.S.v. § 11. Für Vertragsärzte, die eine im Verhältnis zur Arztgruppe unterdurchschnittliche Fallzahl versorgen, wird die Reduktion der Fallzahl ausgesetzt. Diesen Vertragsärzten können bis zum Erreichen der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe je Quartal bis zu 20 % zusätzliche Fälle bei der Ermittlung des RLV zugebilligt werden. Steigerungen des Zielwertes finden nur insoweit Berücksichtigung, als dass sie nicht durch eine im Verhältnis zum jeweiligen Quartal, welches Grundlage für die Zielwertermittlung im Sinne dieser Vorschrift ist, geringere Versorgung von Fällen bedingt sind. Werden für das jeweilige Quartal andere QZV als in dem jeweils für die Ermittlung der Zielwerte maßgeblichen Quartal festgelegt, werden die Zielwerte entsprechend angepasst.

§ 3

Vergütung und Steuerung von Leistungen, die dem RLV unterliegen

(1) Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird je Quartal und Arztpraxis eine abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA sowie den Regelungen dieses VM vorgegeben [Regelleistungsvolumen (RLV)], die mit den in der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten ist.

(2) Die das RLV überschreitenden Leistungen werden unter Berücksichtigung möglicher Verrechnungen mit den QZV nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA zu abgestaffelten Preisen vergütet.

§ 4

Vergütung und Steuerung von Leistungen, die dem QZV unterliegen

(1) Wenn eine Arztpraxis die Voraussetzungen in § 7 der Anlage A zu diesem VM i.V.m. den Beschlüssen des EBA erfüllt, kann unter Beachtung der Abrechnungsbestimmungen des EBM die Arztpraxis weitere vertragsärztliche Leistungen in QZV abrechnen, die mit den in der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten sind.

(2) Die das QZV überschreitenden Leistungen werden unter Berücksichtigung möglicher Verrechnungen mit den RLV nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA zu abgestaffelten Preisen vergütet.

§ 5

Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen

(1) Die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Vertragsärzten gemäß § 2 Absatz 1 Nr. 1 dieses VM werden aus dem hierfür zweckgebundenen Vergütungsanteil gemäß der Beschlüsse des EBA mit den Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

(2) Für Arztgruppen, bei denen diese Leistungen der Steuerung durch die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen gemäß der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen der Beschlüsse des EBA unterliegen, werden die Leistungen nur bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze berücksichtigt und mit den Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit die ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen mit abgestaffelten Preisen gemäß der Beschlüsse des EBA vergütet.

(3) Wird der für die vorgenannten Leistungen gebildete Vergütungsanteil in einem Abrechnungsquartal nicht ausgeschöpft, werden die Unterschreibungsbeträge zweckgebundenen Rückstellungen zugeführt und stehen für den Ausgleich von Unterdeckungen in Folgequartalen zur Verfügung.

(4) Wird der für die vorgenannten Leistungen gebildete Vergütungsanteil in einem Abrechnungsquartal überschritten, erfolgt die Vergütung mit den Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung soweit durch die Auflösung der Rückstellungen hierfür ausreichende Mittel verfügbar sind. Reichen die Mittel zur Vergütung der Leistungen nach den Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung nicht, werden die zur Vergütung der Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zusätzlich benötigten Mittel vorab dem fachärztlichen versorgungsbe- reichsspezifischen Verteilungsvolumen entnommen.

(5) Im Übrigen erfolgt die Vergütung und Steuerung

- der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Vertragsärzten aus nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen,
- der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen von Vertragsärz- ten bei denen diese Leistungen der Steuerung durch die zeitbezogenen Ka- pazitätsgrenzen unterliegen,
- der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen von Vertragsärz- ten bei denen diese Leistungen nicht der Steuerung durch die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen

gemäß der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen Beschlüsse des EBA.

§ 6

Vergütung und Steuerung von Leistungen im Vorwegabzug (Labor, Notfall- dienst, pathologische Leistungen, Kostenpauschalen)

(1) Die Vergütung von Leistungen gemäß Ziffer 2.5.1 bis 2.5.4 Beschluss Teil F Abschnitt I erfolgt aus den jeweils hierfür gebildeten Vergütungsvolumen gemäß der Beschlüsse des EBA zu Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung.

(2) Wird das für die vorgenannten Leistungen jeweils gebildete Vergütungsvolumen in einem Abrechnungsquartal nicht ausgeschöpft, werden die Unterschreibungsbeträge zweckgebundenen Rückstellungen zugeführt und stehen für den Ausgleich von Unterdeckungen in Fol- gequartalen zur Verfügung.

(3) Wird das jeweils für die vorgenannten Leistungen gebildete Vergütungsvolumen in einem Abrechnungsquartal überschritten, erfolgt die Vergütung mit den Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen regionalen Euro- Gebührenordnung soweit durch die Auflösung der Rückstellungen hierfür ausreichende Mit- tel verfügbar sind. Bei den Auflösungen der Rückstellungen für Leistungen nach Ziffer 2.5.1 und 2.5.3 Beschluss Teil F Abschnitt I der Beschlüsse des EBA ist die Veranlassung der Leistungen zu berücksichtigen. Sind für eine Vergütung der Leistungen nach den Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Euro-Gebührenordnung keine Mittel vorhan- den, werden die Preise nach den im jeweils hierfür gebildeten Vergütungsvolumen (Vorweg- abzug) verfügbaren Mitteln quotiert.

§ 7

Grundsätze der Ermittlung und Abrechnung von RLV und QZV

(1) Die RLV und QZV kommen für das jeweilige Abrechnungsquartal quartalsbezogen zur Anwendung. Die Ausgangsgröße hierfür ist die vorhersehbare MGV des jeweiligen Quartals gemäß der jeweils gültigen Honorarvereinbarung.

(2) RLV kommen für Arztgruppen gemäß der Regelung der KV Hamburg (Arztgruppenliste); QZV kommen gemäß der Regelung der KV Hamburg (QZV-Liste) aufgeführte Arztgruppen und Leistungsbereiche zur Anwendung.

(3) Die Berechnung der QZV erfolgt gemäß Anlage 8 zu Beschluss Teil F der Beschlüsse des EBA. Dabei wird die Art des QZV

- a) gem. Ziffer 2.1. - Variante A - RLV-fallbezogen
- b) gem. Ziffer 2.2. - Variante A - leistungsfallbezogen

(Leistungsfallwert der Arztgruppe = QZV Arztgruppe / Leistungsfallzahl Arztgruppe

QZV = Leistungsfallwert der Arztgruppe x Leistungsfallzahl Arzt) sowie

- c) gem. Ziffer 2.2. - Variante B- arztbezogen

entsprechend in der Regelung der KV Hamburg (QZV-Liste) ausgewiesen.

(4) QZV nach Anlage 3 zu Beschluss Teil F der Beschlüsse des EBA, die nicht in der Regelung der KV Hamburg (QZV-Liste) aufgeführt sind, sind mit den RLV für Arztgruppen nach der Regelung der KV Hamburg (Arztgruppenliste) entsprechend Ziffer 2.1. Absatz 2 und Ziffer 3.3. Absatz 3 Beschluss Teil F Abschnitt I der Beschlüsse des EBA zusammengefasst.

(5) Die Zuordnung eines Arztes zu einer Arztgruppe richtet sich nach dem Schwerpunkt der Praxistätigkeit. Vertragsärzte mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen werden nur mit einem Gebiet oder Schwerpunkt berücksichtigt. Ist eine eindeutige Zuordnung nicht möglich, entscheidet die KV Hamburg. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt können durch die KV Hamburg entsprechenden Arztgruppen zugeordnet werden.

(6) Ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen erhalten ein Regelleistungsvolumen nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag.

(7) Vertragsärzte, die im Rahmen eines Job-Sharing in einer Praxis tätig sind, bleiben bei der Ermittlung und Zuweisung von RLV unberücksichtigt. Dies gilt auch für Vertragsärzte, die nach den hierfür geltenden Vorschriften über eine in der Leistung begrenzte Zulassung verfügen (vinkulierte Zulassung) bzw. entsprechend angestellte Ärzte.

§ 8 Regelungen zur Sicherstellung

(1) Gemäß der Beschlüsse des EBA kann auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KV Hamburg

- bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten gemäß Beschluss Teil F Ziffer 3.5 der Beschlüsse des EBA die Vergütung von Leistungen über das arzt-/praxisbezogene RLV hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung erfolgen,
- die Zuordnung zu Arztgruppen für die RLV-Zuweisung erfolgen,
- die Anpassung des RLV in Fällen von Praxisbesonderheiten sowie
- aus sonstigen Gründen der Sicherstellung erfolgen oder
- eine befristete Ausgleichszahlung zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste gemäß Beschluss Teil F Ziffer 3.8 der Beschlüsse des EBA erfolgen.

(2) Über die Genehmigung entscheidet die KV Hamburg nach pflichtgemäßem Ermessen.

§ 9 Konvergenz

Zur Sicherstellung der Versorgung trotz der durch die Vergütungsreform bedingten Umverteilungswirkungen wird für die Zeit vom 3. Quartal 2010 bis zum 4. Quartal 2010 eine Konvergenzphase eingeführt. In der Konvergenzphase werden die abrechnungsfähigen Leistungen eines Vertragsarztes, die dem RLV und/oder QZV unterliegen, bis zu den nachfolgend genannten Grenzwerten zu den Sätzen der regionalen Euro-Gebührenordnung im Versorgungsbereich Hamburg vergütet. Die Grenzwerte beziehen sich auf den Umsatz, der von dem Vertragsarzt im Vergleichsquartal des Jahres 2008 mit den Leistungen erreicht wurde, die im Abrechnungsquartal dem RLV und/oder QZV unterliegen. Voraussetzung der Vergütung ist, dass das Nicht-Erreichen des Grenzwertes ausschließlich eine Folgewirkung der Vergütungsreform ist.

Quartal	Vergleichsquartal	Grenzwert in %
III/10	III/08	74
IV/10	IV/08	70

§ 10 Anpassungen der RLV/QZV durch die KV Hamburg

(1) Sofern die Abrechnung von Leistungen oder Kostenerstattungen der Genehmigung der KV Hamburg bedarf, ist das RLV und/oder das QZV in Fällen der Entstehung und/oder des Wegfalls der Voraussetzungen für die Leistungserbringung ab dem Zeitpunkt der Entstehung und/oder des Wegfalls anzupassen.

(2) Bei der Ermittlung des RLV und/oder QZV ist der Tätigkeitsumfang lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen. Sofern der tatsächliche Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit hiervon abweicht, ist das RLV entsprechend anzupassen. Im Übrigen gilt Beschluss Teil F Ziffer 1.2.3 der Beschlüsse des EBA.

§ 11

Neuzulassungen/junge Praxen/Kooperationsformen

(1) Nach einer Neuzulassung erhält ein Vertragsarzt

1. für das 1. Quartal ein RLV und/oder QZV in Höhe von 25 % des durchschnittlichen RLV der Arztgruppe (Stufe I),
2. für das 2. Quartal ein RLV und/oder QZV in Höhe von 50 % des durchschnittlichen RLV der Arztgruppe (Stufe II),
3. für das 3. Quartal ein RLV und/oder QZV in Höhe von 75% des durchschnittlichen RLV der Arztgruppe (Stufe III) und
4. für das 4. Quartal ein RLV und/oder QZV in Höhe von 100% des durchschnittlichen RLV der Arztgruppe (Stufe IV).

Versorgt der Vertragsarzt in einem Quartal nach 1. bis 4. im Verhältnis zur Fallzahl der Arztgruppe, die für die Bildung der RLV und/oder QZV herangezogen werden, mehr Fälle als in den Verhältniszahlen der Stufen 1. bis 4. ausgewiesen ist, so wird sein RLV und/oder QZV auf diejenige Stufe von Amts wegen angehoben, deren Verhältniszahl mit der Fallzahl des Vertragsarztes überschritten wird.

Für das Folgequartal wird dem Vertragsarzt das jeweils nächst höhere RLV und/oder QZV nach 1. bis 4. zugewiesen.

(2) Absatz 1 gilt nicht im Falle einer Neuzulassung, die auf einer Übernahme einer bzgl. der RLV-Fallzahl und/oder QZV-Fallzahl überdurchschnittlichen Praxis beruht. In diesen Fällen ist das RLV und/oder QZV auf Grundlage der bisherigen RLV-Fallzahl des Vorgängers aus dem jeweiligen Vorjahresquartal zu ermitteln.

(3) Eine Steigerung der RLV und/oder QZV nach Absatz 1 Satz 1 und 2 erhalten auch Vertragsärzte, die nach dem 31.12.2006 neu zugelassen wurden (Vertragsärzte in der Anfangsphase) und Vertragsärzte, deren Zulassung im Basisquartal ruhte, wenn sie in Relation zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe mehr Fälle versorgen.

(4) In Fällen der Umwandlung von ärztlicher Berufsausübung in Kooperationsformen gilt Ziffer 2.6 Beschluss Teil F Abschnitt I der Beschlüsse des EBA.

§ 12

Information durch die KV Hamburg

Die KV Hamburg informiert die Krankenkassen quartalsweise über die Zuweisung und Auslastung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen an die Arztpraxis gemäß Abschnitt III Beschluss Teil F der Beschlüsse des EBA.