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

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

und der

AOK Hamburg

vom 18. April 1996

in der Fassung der Honorarvereinbarung 2017

Inhaltsverzeichnis

Gliederung / Inhalt	**Seite**
Gesamtvertrag §§ 1 bis 14	**3**
Anlage B zum Gesamtvertrag Verfahren zur Durchführung von Plausibilitätskontrollen	**10**
Anlage F zum Gesamtvertrag Regelung bei Überschreitungen der Ausgabenvolumina für Arznei-, Verband- und Heilmittel gemäß § 84 Abs. 3 Satz 1 SGB V	**13**
Anlage H zum Gesamtvertrag Vereinbarung über die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Rahmen des Mammographie-Screenings	**18**
Anlage I zum Gesamtvertrag Vereinbarung zur Förderung der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung	**21**
Anlage K zum Gesamtvertrag Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch	**30**
Anlage L zum Gesamtvertrag Vertrag zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S	**35**
Anlage N zum Gesamtvertrag Vereinbarung zur Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen auf die vereinbarte Gesamtvergütung	**87**
Anlage O zum Gesamtvertrag Vereinbarung über die Mitteilung der Feststellung einer Schwangerschaft bei Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg	**93**
Anlage P zum Gesamtvertrag Vereinbarung zur Durchführung des Screenings multiresistenter gramnegativer Erreger (MRGN) im Vorwege von Krankenhausbehandlungen	**96**
Anlage Q zum Gesamtvertrag Vereinbarung zur Sicherstellung und Förderung der Erbringung von Narkosen im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen	**107**
Honorarvereinbarung 2009	**112**

Gliederung / Inhalt	**Seite**
Honorarvereinbarung 2010	**128**
Honorarvereinbarung 2011	**147**
Honorarvereinbarung 2012	**164**
Schiedsamt vom 15.08.2013, Az. des BSG: B 6 KA 5/16 R Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahre 2013 (Honorarvereinbarung 2013)	**180**
Honorarvereinbarung 2014	**209**
Honorarvereinbarung 2015	**228**
Honorarvereinbarung 2016	**248**
Honorarvereinbarung 2017	**270**
Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes Anlage B-MGV (bei KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme)	**291**

§ 1

Dieser Vertrag regelt die vertragsärztliche Versorgung der Anspruchsberechtigten der AOK Hamburg.

§ 2

(1) Die Gesamtvergütung wird gem. § 85 Abs. 2 SGB V nach Einzelleistungen berechnet, soweit in diesem Vertrag oder in seinen Anlagen nichts anderes vereinbart ist.

(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

(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 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) Der Vertragsarzt erhält für jeden Besuch nach den Nrn. 25, 26 und 150 EBM, für jede Einzelvisite nach der Nr. 29 EBM sowie einmal zu Leistungen nach Nr. 50 EBM eine Wegepauschale nach Wegebereichen und Besuchszeiten in folgender Höhe:

a) Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Tage zwischen 8.00 und 20.00 Uhr:
6,20 DM (Abrechnungsnummer 7234);

b) Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Tage zwischen 8.00 und 20.00 Uhr:
12,40 DM (Abrechnungsnummer 7235);

c) Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Tage zwischen 8.00 und 20.00 Uhr:
18,00 DM (Abrechnungsnummer 7236);

d) Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Nacht zwischen 20.00 und 8.00 Uhr:
12,40 DM (Abrechnungsnummer 7237)

e) Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Nacht zwischen 20.00 und 8.00 Uhr:
19,15 DM (Abrechnungsnummer 7238);

f) Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Nacht zwischen 20.00 und 8.00 Uhr:
25,90 DM (Abrechnungsnummer 7239);

g) Pauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich bei konsiliarischer Tätigkeit nach den Nrn. 42 EBM oder als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Tage zwischen 8.00 und 20.00 Uhr:
21,00 DM (Abrechnungsnummer 7160)

h) Pauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich bei konsiliarischer Tätigkeit nach den Nrn. 42 EBM oder als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Nacht zwischen 20.00 und 8.00 Uhr:
29,00 DM (Abrechnungsnummer 7161).

(4) Für Besuche im Ärztlichen Notfalldienst Hamburg, die nicht mit zur Verfügung gestellten Taxen durchgeführt werden, erhält der Arzt Wegepauschalen nach Abs. 3.

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

(6) Für das Aufsuchen eines Kranken durch einen vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten Mitarbeiter der Praxis mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf werden die Kosten einschließlich Wegekosten entfernungsunabhängig pauschal mit DM 10,00 erstattet (Abrechnungsnummer 7180).

(7) Für das Aufsuchen eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (auch z.B. Altenheime) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Aufsuchen eines Kranken nach Abs. 6 werden die Kosten einschließlich Wegekosten entfernungsunabhängig pauschal mit DM 5,00 erstattet (Abrechnungsnummer 7181).

(8) Die Pauschalen nach den Absätzen 6 und 7 können nur berechnet werden, wenn der Kranke aus medizinischen Gründen die Arztpraxis nicht aufsuchen kann. Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte Mitarbeiter darf nur die Leistungen erbringen, die an ihn vom Vertragsarzt im Einzelfall delegiert worden sind. Diese Leistungen sind neben den Pauschalen nach den Absätzen 6 und 7 berechnungsfähig.

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

(10) Im übrigen gelten die Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes der KVH und die zwischen der AOK Hamburg und der KVH geschlossenen Verträge.

(11) Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes der KVH, die sich auf die Berechnung der Gesamtvergütung auswirken, bedürfen des Einvernehmens mit der AOK Hamburg.

§ 4

(1) Notfallbehandlungen von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten sowie Notfallbehandlungen in Krankenhäusern werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen nach Maßgabe des EBM 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) Notfalleistungen der Krankenhäuser sind nicht als ambulante Notfallbehandlungen berechnungsfähig, wenn sich die Notwendigkeit der stationären Aufnahme ergibt und diese am gleichen Tag erfolgt.

§ 5

(1) Leistungen von Ärzten, die mit einer Gebietsbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind grundsätzlich nur insoweit abrechnungsfähig, als sie in das Gebiet des betreffenden Arztes fallen. Leistungen von Ärzten, die mit einer Teilgebietsbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind im Wesentlichen nur insoweit abrechnungsfähig, als sie in das Teilgebiet des betreffenden Arztes fallen. Leistungen von Ärzten, die als Anästhesisten, Laborärzte, Nuklearmediziner, Pathologen oder Radiologen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind mit Ausnahme von Notfällen nur auf Überweisung durch einen anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt abrechnungsfähig.

(2) Soweit für den Bereich der KVH Qualifikationserfordernisse gem. § 11 BMV-Ärzte bestehen, setzt die Abrechnung der Leistungen den Nachweis der Qualifikation gegenüber der KVH voraus.

(3) Notfälle im Sinne von Absatz 1 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) Notwendige Sachkosten, die nicht mit den Gebühren des EBM abgegolten werden, sind - vorbehaltlich etwaiger abweichender Regelungen in der jeweils gültigen Sprechstundenbedarfsvereinbarung - auf dem Behandlungsausweis (Abrechnungsschein) über die KVH abzurechnen. Die AOK Hamburg ist berechtigt, die Kosten im Einzelfall zu überprüfen. Dazu wird die KVH auf Verlangen die Originalbelege vom Arzt anfordern und der Kasse vorlegen.

(5) 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. § 34 BMV-Ä gilt entsprechend.

§ 6

(1) Nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehörende Leistungen werden nicht vergütet.

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

§ 7

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 AOK Hamburg vereinbarten Sätze.

§ 8

(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.

§ 9

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

§ 10

(1) Die KVH faßt die von ihr sachlich und rechnerisch richtiggestellten und geprüften Honorarforderungen als Abrechnung zusammen und leitet sie der AOK Hamburg zu. Diese kann innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Gesamtabrechnung (§ 12 Abs. 3) zur Honoraranforderung des einzelnen Arztes wegen sachlicher oder rechnerischer Mängel der Abrechnung Widerspruch einlegen. Im Übrigen gelten für nachträgliche Berichtigungen der Honoraranforderungen des einzelnen Arztes die Bestimmungen des HVM der KVH.

(2) Das Verfahren bei Widersprüchen wegen Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise richtet sich nach der Prüfungsvereinbarung.

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

(4) Sachlich-rechnerische Berichtigungen von weniger als 50,-- DM je Vertragsarzt-abrechnung werden nicht vorgenommen.

§ 11

(1) Zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Einzelnen werden bei der KVH Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse eingerichtet. Die Zusammensetzung der Ausschüsse und das Verfahren der Ausschüsse richtet sich nach der Prüfungsvereinbarung.

(2) Die Kosten für die Tätigkeit der Mitglieder in den Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen tragen die entsendenden Körperschaften. Die Verteilung der Kosten der Geschäftsstelle der Ausschüsse erfolgt nach den Regelungen in der Prüfungsvereinbarung. Prozeßkosten (außergerichtliche Kosten eines Vertragsarztes), die der Beschwerdeausschuß nach Urteil, Beschluß oder Vergleich zu erstatten hat, trägt die AOK Hamburg zu einem Viertel.

§ 12

(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. Hierbei ist erforderlichenfalls sinngemäß nach den Bestimmungen des § 52 Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte zu verfahren.

(3) Die AOK Hamburg erhält - vorbehaltlich abweichender Regelungen in Satz 2 und 3 - als Abrechnungsunterlagen

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

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

Die Verpflichtung zur Übersendung der Unterlagen zu e) bezieht sich nur auf die Abrechnung der in Hamburg an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern (Anlage 6 BMV-Ä).

(4) Die AOK Hamburg stellt der KVH vierteljährlich Angaben über die Mitgliederzahlen zur Verfügung.

§ 13

(1) Die berechnete Gesamtvergütung wird vierteljährlich, und zwar 15 Tage nach Eingang der Abrechnungsunterlagen (§ 12 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 AOK Hamburg leistet monatliche Abschlagszahlungen. Deren Höhe beträgt 30,5 % der Gesamtvergütung für das gleiche Kalendervierteljahr des Vorjahres. Bewegungen in der Zahl der Mitglieder in Vorquartalen sind zu berücksichtigen. Die Abschlagszahlungen sind jeweils bis zum 08. eines Monats für den Vormonat zu leisten. Mit Wirkung für monatliche Abschlagzahlungen ab dem 01.01.2013 gilt die vorstehende Berechnungsweise mit der Maßgabe, dass die für das gleiche Kalendervierteljahr des Vorjahres in Abzug gebrachte Einnahmen aus der Zuzahlungen nach § 28 Absatz 4 SGB V in der Fassung bis 31.12.2012 wieder hinzuzurechnen sind.

(3) Überzahlungen werden als Vorauszahlungen für das folgende Kalendervierteljahr berücksichtigt.

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

§ 14

(1) Dieser Vertrag tritt mit Wirkung vom 1.1.1996 in Kraft. Gleichzeitig tritt der Gesamtvertrag zwischen der KVH und der AOK Hamburg vom 1. März 1988 mit seinen Nachträgen außer Kraft.

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

(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.

Anlage B

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

**vom 18. April 1996
in der Fassung des 1. Nachtrages vom 15.12.1997**

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; § 45 BMV-Ärzte; § 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.

Anlage F

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

**vom 18. April 1996
in der Fassung des 12. 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 die AOK Hamburg 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 Verordnungszielen 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 die AOK Hamburg 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 die AOK Hamburg 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.

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

zur Anlage F

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH und der AOK Hamburg
vom 18. April 1996 in der Fassung des 12. Nachtrages vom 21. April 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 H

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

**vom 18. April 1996
in der Fassung des 37. 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 H

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH und der AOK Rheinland/Hamburg
vom 18. April 1996 in der Fassung des 37. 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 I

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

**vom 18. April 1996
in der Fassung des 18. Nachtrages vom 11. Juni 2010**

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 Gesamtvertrages zwischen den Vertragspartnern mit der Maßgabe, dass eine Abrechnung direkt mit den durch die rubrizierenden Vertragspartner repräsentierten Krankenkassen erfolgt.

§ 7 Schweigepflicht / Datenschutz

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

§ 8 Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.

§ 9 Salvatorische Klausel

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

§ 10 Laufzeit und Kündigung und Beitritt bzw. Widerruf

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

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

Anlage 1

Zur Vereinbarung zur Förderung
der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Humboldtstr. 56

22083 Hamburg

A N T R A G

auf Teilnahme am Vertrag zur qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung

I. Persönliche Angaben

.....
LANR

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

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

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

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

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

in Einzelpraxis _ in Gemeinschaftspraxis _ im MVZ .....

bei Gemeinschaftspraxis bitte Partner angeben

.....

II. Fachliche Anforderungen

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

III. Erklärung

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

Ich verpflichte mich,

- □ regelmäßig an von den Ärztekammern und/oder der KVH anerkannten Fortbildungen oder Qualitätszirkeln mit einer Mindestgesamtpunktzahl von 20 pro Jahr, davon mindestens 5 Punkte Fortbildungen, teilzunehmen.

- □ die Fortbildungsnachweise jeweils bezogen auf ein Kalenderjahr jeweils bis spätestens zum 15.02. des Folgejahres bei der KVH einzureichen. Mir ist bekannt, dass für den Fall, dass die Fortbildungsnachweise nicht bis zum 15.02. eines jeden Folgejahres erbracht werden, die Teilnahmegenehmigung mit Ablauf dieses Quartals erlischt.

IV. Allgemeines

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

.....

Ort/Datum Unterschrift/Vertragsarztstempel

Anlage 2

Zur Vereinbarung zur Förderung der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung

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

Persönliche fachliche Anforderungen

- Facharzt/Fachärztin (Kinderarzt/Kinderärztin) bei Versorgung von Kindern und Jugendlichen bei Versorgung von mindestens 50 Kindern oder 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

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 K

zwischen der KVH
und der AOK Rheinland/Hamburg

zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996
in der Fassung des 20. Nachtrages vom 20. April 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 L

zwischen der KVH
und der AOK Rheinland/Hamburg

zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996
in der Fassung des 24. Nachtrags
vom 01.07.2011

Vertrag zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S

Inhaltsverzeichnis

Präambel 38

Abschnitt 1 - Versorgungsziel

§ 1 Ziele des Vertrages 39

Abschnitt 2 - Besondere ambulante ärztliche Versorgung

§ 2 Kernaufgaben 40
§ 3 Aufgaben der Leistungserbringer 41

Abschnitt 3 - Patienten

§ 4 Teilnahmeberechtigte Patienten 43
§ 5 Patienteninformation 44

Abschnitt 4 - Teilnahme von Leistungserbringern

§ 6 Teilnahmeberechtigte Ärzte und Psychiater 45
§ 7 Teilnahmeberechtigte Psychotherapeuten 45
§ 8 Teilnahmeverfahren 46

Abschnitt 5 - Qualitätssicherung und –management

§ 9 Qualitätssichernde Maßnahmen 47
§ 10 Evaluation 48
§ 11 Wirtschaftlichkeitsgebot 48

Abschnitt 6 - Programmsteuerung

§ 12 Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg 48
§ 13 Öffentlichkeitsarbeit und Information 49
§ 14 Lenkungsgremium 49
§ 15 Datenschutz, Datentransparenz und -austausch 50

Abschnitt 7 - Vergütung und Abrechnung

§ 16 Vergütung 50
§ 17 Abrechnung 50

Abschnitt 8 - Abschließende Bestimmungen

§ 18 Anpassungsklausel 51
§ 19 Laufzeit und Kündigung 51
§ 20 Salvatorische Klausel 51

Anlagen

Anlage 1	Kriterien Verdachtsdiagnose
Anlage 2	Sicherung der Diagnose AD(H)S, Differenzialdiagnostik und Erfassung von Komorbiditäten
Anlage 2.1	Diagnosebogen
Anlage 2.2	Übersicht Fragebögen zu Diagnosesicherung, Differenzialdiagnostik und Dokumentation
Anlage 3	Indikationsstellung und Durchführung von Behandlungsmodulen
Anlage 4	AD(H)S-Qualitätszirkel
Anlage 5	Evaluation
Anlage 6	Individuelle Patienteninformation
Anlage 7 a	Patiententeilnahmeerklärung Ärzte
Anlage 7 b	Patiententeilnahmeerklärung Psychotherapeuten/Psychiater
Anlage 7 c	Ausscheidende Versicherte
Anlage 8	Teilnahmeerklärung des Leistungserbringers
Anlage 9	Vergütung

Präambel

Die Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-)Störung (im Folgenden AD(H)S abgekürzt) ist eine der häufigsten Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Abhängig von Erhebungsmethode und Diagnosekriterien gelten in Deutschland ca. 2 bis 6 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren als betroffen. Die Fallzahlen sowie die Behandlungskosten steigen kontinuierlich. AD(H)S ist die weitaus häufigste Ursache für Lern- und Leistungsstörungen und Störungen im Sozialverhalten. Das soziale Umfeld in Familie, Kindergarten, Schule und Arbeitsstätte ist entsprechend mitbetroffen. Un- oder fehlbehandelt erreichen viele dieser Kinder und Jugendlichen keine begabungsentsprechenden Schul- und Berufsausbildungsabschlüsse, können keine beständigen sozialen Bindungen aufbauen und erhalten. Betroffene weisen entsprechend oft Komorbiditäten auf. Darüber hinaus ist AD(H)S mit einem stark erhöhten Risiko für Unfälle verbunden. Die regional unterschiedlichen Versorgungsangebote werden von den betroffenen Familien oft unkoordiniert in Anspruch genommen. Die Behandlung erfolgt nicht durchgängig auf der Basis geltender Standards.

Aus diesem Grund wird in diesem Vertrag ein besonderes Gewicht auf einen qualitätsgesicherten Ablauf der diagnostischen und differenzialdiagnostischen Untersuchung gelegt, vor allem unter Berücksichtigung des sozialen Umfeldes der Kinder und Jugendlichen, d. h. in Familie, Kindergarten, Schule und Arbeitsstätte. Insgesamt fördert der Vertrag eine koordinierte Behandlung und stellt im ambulanten Bereich eine flächendeckende qualitätsgesicherte Diagnose und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S-Symptomen durch die drei Leistungsmodule „AD(H)S spezifisches Diagnostik- und Explorationsmodul“, „AD(H)S-Zusatzpauschale Steuerungs- und Koordinationsmodul“ und „AD(H)S-Zusatzpauschale Schulungsmodul“ sicher. Zusätzlich werden im psychotherapeutischen Bereich einmal monatlich Sprechstunden an einem Samstag angeboten, um so das Angebot an psychotherapeutischen Leistungen zu erweitern und die Wartezeiten zu verkürzen.

Der Vertrag knüpft an die Eckpunkte der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Oktober 2002 durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit AD(H)S an und füllt diese mit Inhalt.

Abschnitt 1 - Versorgungsziel

§ 1
Ziele des Vertrages

Das Ziel des Vertrages ist es, AD(H)S-betroffenen Kindern und Jugendlichen eine möglichst flächendeckende Versorgung anzubieten, die eine qualitativ hochwertige, leitlinienbasierte Diagnostik und Therapie in der ambulanten ärztlichen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung gewährleistet. Durch diagnostische und differenzialdiagnostische Maßnahmen im Rahmen des „AD(H)S spezifischen Diagnostik- und Explorationsmoduls“ wird sichergestellt, dass nur Patienten mit einer gesicherten Diagnose einer multimodalen Therapie zugeführt werden.

Daraus ergeben sich folgende Ziele im Einzelnen:

a) Qualitätsgesicherte und sachgerechte Behandlung
b) Sicherstellung einer koordinierten Zusammenarbeit aller Beteiligten, Informationsweitergabe und situationsbedingten Anleitung der sozialen Bezugspersonen im Rahmen des „AD(H)S-Zusatzpauschale Steuerungs- und Koordinationsmoduls“
c) Situationsbedingte Anleitung der sozialen Bezugspersonen im Rahmen des „AD(H)S-Zusatzpauschale Steuerungs- und Koordinationsmoduls“
d) Verbesserte Kommunikation und Kooperation mit den verschiedenen Spezialisten
e) Klarheit und Sicherheit der betroffenen Familien über Behandlungsweg und Ansprechpartner durch das „AD(H)S Zusatzpauschale Schulungsmodul“
f) Verbesserte Eingliederung der Patienten in das soziale Umfeld
g) Minderung der Kernsymptome
h) Besserung der komorbiden Störungen
i) Vermeidung und Reduzierung von stationären Behandlungen
j) Vermeidung von Doppeluntersuchungen
k) Reduzierung von Fehltagen in Schule und Beruf (auch bei den Sorgeberechtigten)
l) Kontrollierter Medikamenteneinsatz
m) Effizienterer Einsatz der Ressourcen

Abschnitt 2 - Besondere ambulante ärztliche Versorgung

§ 2
Kernaufgaben

Die besondere ambulante ärztliche, psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung übernehmen die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte und Psychiater gemäß § 6 Abs. 2 und 3 sowie die teilnehmenden Psychotherapeuten gemäß § 7. Die besondere ambulante Versorgung umfasst folgende Kernaufgaben, die sich aus den in § 1 genannten Zielen ableiten:

a) Anwendung der derzeit gültigen evidenzbasierten Leitlinien der Fachverbände:
   1. „Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft AD(H)S der Kinder- und Jugendärzte vom Januar 2007“ und
   2. „Leitlinie Hyperkinetische Störungen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vom Juli 2007“ beziehungsweise in den jeweils gültigen künftigen Fassungen.

b) Förderung und Aufbau von Strukturen, die eine koordinierte und abgestimmte Behandlung durch die Beschreibung von Schnittstellen und durch Qualitätszirkel ermöglichen

c) Qualitätsgesicherter Ablauf der diagnostischen und differenzialdiagnostischen Untersuchung und Diagnosesicherung durch vertiefte Explorationsangebote im Rahmen des „AD(H)S-spezifischen (psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen) Diagnostik- und Explorationsmoduls“

d) Krankheits- und situationsbezogene Anleitung der Angehörigen, Lehrer und Erzieher zum Umgang mit der Erkrankung sowie die kontinuierliche Erhebung und Weiterleitung von Informationen aus und in das soziale Umfeld und regelmäßiger Austausch mit Lehrern, Erziehern und weiteren an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern durch die „AD(H)S-Zusatzpauschale Steuerungs- und Koordinationsmodul“

e) Koordinierte und fachübergreifende Versorgung der Versicherten

f) Anwenden des multimodalen Behandlungskonzeptes

g) Austausch über Behandlungs- bzw. Therapieinhalte und -ziele zu Beginn einer notwendigen Behandlung bzw. Psychotherapie mit den an der Behandlung bzw. Therapie Beteiligten sowie regelmäßiger Austausch über den Erfolg der vereinbarten Maßnahmen

h) Situationsgerechte Einleitung oder Zuführung zu psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Leistungen

i) Orientierung am individuellen Fall

j) Medikamenteneinsatz in der ärztlichen und psychiatrischen Behandlung nur nach gesicherter Indikation

k) Fortwährende Überprüfung und Überwachung des Medikamenteneinsatzes durch den Pädiater bzw. Psychiater

l) Steigerung des Angebots von AD(H)S-spezifischem Elterntraining durch die „AD(H)S Zusatzpauschale Schulungsmodul“

m) Hilfsangebote auch für die Angehörigen der Patienten, um den Familienzusammenhalt zu stärken und gegebenenfalls um Arbeitsausfälle der Sorgeberechtigten zu vermeiden

n) Zusätzliche Öffnung der psychotherapeutischen Praxen, um das Angebot psychotherapeutischer Leistungen zu erhöhen

o) Fortbildungs- und Qualifizierungsangebote für Ärzte, Psychotherapeuten und Psychiater

p) Begleitende Evaluation

§ 3
Aufgaben der Leistungserbringer

(1) Einschreibung

Die teilnehmenden Leistungserbringer (teilnahmeberechtigte Ärzte und Psychiater nach § 6 sowie teilnahmeberechtigte Psychotherapeuten nach § 7) wählen in Frage kommende Patienten aus und beraten diese über die Modalitäten der Teilnahme an dem Vertrag. Das Programm richtet sich an Patienten, die schon vorab mit AD(H)S diagnostiziert wurden oder Patienten, bei denen der Verdacht auf AD(H)S besteht. Entscheidet sich der Patient an dem Vertrag teilzunehmen, veranlasst der Leistungserbringer die Einschreibung gemäß der Teilnahmeerklärung **(Anlage 7 a bzw. Anlage 7 b)** und leitet diese an die KV Hamburg weiter. Eine Kopie der Teilnahmeerklärung ist für den Patienten und eine für die Patientenakte vorgesehen.

(2) Diagnostik

Der Leistungserbringer stellt bei einem teilnehmenden Patienten die Verdachtsdiagnose nach den Kriterien in **Anlage 1**. Bei positiver Verdachtsdiagnose wird die Diagnose durch sorgfältige diagnostische und differenzialdiagnostische Untersuchungen, die in **Anlage 2** aufgeführt sind, gesichert. Hierbei sollen andere Ursachen ausgeschlossen und Komorbiditäten erfasst werden. Die differenzialdiagnostische Abklärung zu anderen Erkrankungen mit ähnlichen (Teil-) Symptomen und die Erfassung von Begleiterkrankungen bildet einen notwendigen Baustein zur Diagnosesicherung. Die Abklärung einer Verdachtsdiagnose soll einen Zeitrahmen von zwei Quartalen nicht überschreiten, um den Versicherten und ihren Angehörigen vermeidbare Sorgen und Ängste zu ersparen. Der Ablauf der Diagnosesicherung erfolgt gemäß **Anlage 2** und wird bei dem teilnehmenden Leistungserbringer abgelegt.

(3) Therapie

Wenn die Diagnose abschließend gesichert ist, wird die Therapie leitliniengemäß durchgeführt **(Anlage 3)**. Der behandelnde Leistungserbringer ist verantwortlich für folgende Bereiche:

a) Festlegung des Behandlungsplanes und der fallbezogenen Therapieziele

b) Sicherstellung einer leitliniengemäßen Therapie unter Beachtung des multimodalen Behandlungskonzeptes

c) Aufklärung des Patienten und der Familie/der Bezugspersonen oder der Sorgeberechtigten über den Behandlungsplan und Pflege der individuellen Patienteninformation (§ 5 Abs. 2).

d) Ansprechpartner für die Familie

e) Ggf. Rücksprache mit den an der Behandlung beteiligten Ärzten, Psychiatern und Therapeuten und Anpassung des Therapieplanes

f) Ggf. Rücksprache/Kontakt mit anderen Beteiligten (z. B. Erzieher, Lehrer, Jugendhilfe etc.)

g) Sicherstellung der mindestens halbjährlichen Überprüfung des Behandlungsverlaufes und der Therapie

h) Sicherstellung der Dokumentation der Verdachtsdiagnostik, der Enddiagnostik und der einzelnen Therapieschritte

i) Durchführung von Elterntrainingsseminaren

Nach drei Monaten bewertet der behandelnde Leistungserbringer den bisherigen Therapieverlauf, überprüft die Diagnose und korrigiert gegebenenfalls den Behandlungsplan. Insbesondere wird durch den behandelnden Arzt bzw. Psychiater entschieden, ob zu diesem Zeitpunkt eine medikamentöse Therapie angezeigt ist.

(4) Medikamentöse Therapie

Im Rahmen der ärztlichen bzw. psychiatrischen Therapie ist zuerst ein Behandlungsversuch ohne die Verschreibung von Medikamenten vorgesehen. Ausnahmen bei krisenhaften Situationen sind möglich. Sollte die psychosoziale Betreuung ohne Medikamente nicht erfolgreich sein, ist nach 3-6 Monaten die Notwendigkeit einer (zusätzlichen) medikamentösen Therapie zu prüfen. Vor einer medikamentösen Therapie und begleitend dazu sind psychoedukative, sozialpsychiatrische, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen am individuellen Fall orientiert anzuwenden.

(5) Psychotherapie

Die teilnehmenden Psychotherapeuten stellen sicher, dass bei Bedarf für die an diesem Vertrag teilnehmenden Kinder und Jugendlichen eine adäquate Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen sichergestellt wird. Hierzu öffnen die teilnehmenden Psychotherapeuten zusätzlich zu ihren regulären Öffnungszeiten einmal an einem festen Samstag im Monat ihre Praxis für mindestens 5 Stunden, um den an diesem Vertrag teilnehmenden Kindern und Jugendlichen zusätzliche Therapieplätze und Termine zu dieser besonderen Zeit anbieten zu können. Über die Termine informieren die teilnehmenden Psychotherapeuten die KV Hamburg rechtzeitig. Diese stellt der Krankenkasse eine regionale Übersicht der an den jeweiligen Samstagen geöffneten Praxen zur Verfügung.

(6) Weiterer Therapieverlauf und Therapieende

Um eine optimale Therapie sicherzustellen, stimmen die teilnehmenden Leistungserbringer die Therapieinhalte und -ziele zu Beginn einer notwendigen Psychotherapie miteinander ab und tauschen sich regelmäßig über den Erfolg der vereinbarten Maßnahmen aus und nehmen ggf. Anpassungen im weiteren Therapieverlauf vor. Behandlungsfälle, bei denen die Therapieziele nicht erreicht werden, werden im Qualitätszirkel **(Anlage 4)** besprochen. Die Behandlungsziele und der weitere Einsatz der Therapie werden überprüft und gegebenenfalls angepasst. Kommt der behandelnde Leistungserbringer zu dem Ergebnis, dass die Behandlungsziele stabil erreicht sind, endet die Behandlung im Rahmen dieses Vertrages. Darüber soll die KV Hamburg unter Beachtung des Datenschutzes informiert werden **(Anlage 7 c)**.

(7) Dokumentation

Die patientenindividuellen Dokumentationen nach den **Anlagen 1, 2, und 6** verbleiben nach Abschluss der Behandlung in der Praxis des behandelnden Leistungserbringers für die Dauer von zwei Jahren. Die allgemeine ärztliche, psychotherapeutische bzw. psychiatrische Dokumentationspflicht bleibt hiervon unberührt.

Abschnitt 3 - Patienten

§ 4
Teilnahmeberechtigte Patienten

(1) Teilnahmeberechtigt sind Patienten im Alter von 6 bis 17 Jahren (6. Geburtstag bis 1 Tag vor dem 18. Geburtstag), die bei der Krankenkasse versichert sind und bei denen die Diagnose/Verdachtsdiagnose AD(H)S (F90.0, F90.1, F90.8 oder F90.9) gestellt wurde. Nach Diagnosesicherung ist die jeweils zutreffende ICD-10-Diagnose F90.0, F90.1, F90.8 oder F90.9 zu dokumentieren. Für die Dauer der Vertragsteilnahme des Patienten ist die jeweilige Diagnose als gesicherte Diagnose zu dokumentieren. In besonderen Fällen, deren Gründe zu dokumentieren sind, kann von den oben genannten Altersgrenzen abgewichen werden. In diesen Ausnahmefällen kann eine Teilnahme von Patienten bis zum 21. Lebensjahr erfolgen (bis 1 Tag vor dem 21. Geburtstag).

(2) Die Einschreibung erfolgt gemäß § 3 Abs. 1 dieses Vertrages über den teilnehmenden Leistungserbringer. Mit der Teilnahmeerklärung wählt der Versicherte seinen koordinierenden Leistungserbringer.

(3) Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung **(Anlage 7 a bzw. 7 b)**, frühestens mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme kann jederzeit schriftlich bei der Krankenkasse widerrufen werden. Die Krankenkasse informiert den Leistungserbringer über das Ausscheiden des Versicherten aus diesem Vertrag.

(4) Die Teilnahme des Versicherten an diesem Vertrag endet,

- wenn die Behandlung als abgeschlossen erklärt wird oder
- wenn die Diagnose negativ ausfällt oder
- spätestens nach drei Jahren ab Teilnahmebeginn. Eine längere Teilnahme ist in begründeten Einzelfällen möglich. Diese sind gesondert zu dokumentieren und auf Anforderung durch die KV Hamburg vorzulegen.

Der Leistungserbringer informiert die KV Hamburg nach **Anlage 7 c** schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus diesem Vertrag. Eine Übersicht über die ausgeschiedenen Versicherten stellt die KV Hamburg der Krankenkasse quartalsweise zur Verfügung.

§ 5
Patienteninformation

(1) Der Patient und seine Sorgeberechtigten werden von dem behandelnden Leistungserbringer umfassend über die Inhalte und Ziele der Behandlung im Rahmen dieses Vertrages aufgeklärt und er gilt für die Familie/Bezugspersonen/Sorgeberechtigten als Ansprechpartner. Wechselt der an dem Versorgungsvertrag teilnehmende Versicherte den behandelnden Leistungserbringer, so ist eine erneute Teilnahmeerklärung zu erstellen.

(2) Der Patient oder seine Sorgeberechtigten erhalten gemäß **Anlage 6** eine Patienteninformation, in der individuell für den Patienten aufbereitet Ergebnisse der Diagnostik, wichtige Behandlungsziele, vereinbarte Behandlungsmaßnahmen und Behandlungsergebnisse vermerkt sind.

(3) Der Leistungserbringer führt entweder selbst spezifische AD(H)S-Elterntrainingsseminare durch oder vermittelt solche aktiv an einen anderen an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer. Hierüber informiert er die Sorgeberechtigten und motiviert sie bei Bedarf zur Teilnahme. Die Krankenkasse fördert eine Ausweitung des Angebotes an AD(H)S-spezifischem Elterntraining. Eine Delegation von Teilen der Seminarinhalte an entsprechend geschultes Personal ist möglich. Der Nachweis der Qualifikation des Personals erfolgt gegenüber der KV Hamburg.

Abschnitt 4 - Teilnahme von Leistungserbringern

§ 6
Teilnahmeberechtigte Ärzte und Psychiater

(1) Teilnahmeberechtigt sind im Bereich der KV Hamburg zugelassene Ärzte und Psychiater sowie in einem MVZ angestellte Ärzte und Psychiater, die die nachstehenden Voraussetzungen – persönlich oder durch angestellte Ärzte und Psychiater – erfüllen und ihre Teilnahme nach **Anlage 8** erklärt haben.

(2) Folgende Ärzte und Psychiater sind zur Teilnahme an dem Vertrag berechtigt:

- Kinder- und Jugendärzte sowie Psychiater, die
    - in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung durchschnittlich mindestens 30 ADHS/ADS-Patienten selbst pro Quartal betreut haben und
    - an mindestens drei der sechsmal im Jahr stattfindenden themenbezogenen Qualitätszirkeln **(Anlage 4)** teilnehmen.

(3) Über die Teilnahme von Ärzten und Psychiatern, die die Voraussetzungen nach Absatz 2 nicht vollständig erfüllen, entscheidet in Einzelfällen die KV Hamburg nach Beratung durch das Lenkungsgremium gemäß § 14 dieses Vertrages. Dieses trifft seine Entscheidungen mehrheitlich. Die KV Hamburg entscheidet auf Grundlage des Beratungsergebnisses des Lenkungsgremiums.

§ 7
Teilnahmeberechtigte Psychotherapeuten

(1) Teilnahmeberechtigt sind im Bereich der KV Hamburg zugelassene Psychotherapeuten, die die nachstehenden Voraussetzungen erfüllen und ihre Teilnahme nach **Anlage 8** erklärt haben.

(2) Folgende Psychotherapeuten sind zur Teilnahme an dem Vertrag berechtigt:

1. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die
    - einmal an einem festen Samstag im Monat ihre Praxis zusätzlich zu den regulären Öffnungszeiten öffnen, um den an diesem Vertrag teilnehmenden Kindern und Jugendlichen einen Termin zu dieser besonderen Zeit anbieten zu können und
    - an mindestens drei der sechsmal im Jahr stattfindenden themenbezogenen Qualitätszirkeln **(Anlage 4)** teilnehmen und
    - in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung mindestens 20 Stunden themenbezogene Fortbildung/Ausbildung nachweisen oder

- eine mindestens zweijährige Tätigkeit in medizinischen Facheinrichtungen für Kinder- und Jugendliche mit psychischen Störungen nachweisen, in denen AD(H)S ein Schwerpunkt ist oder
- mindestens fünf Jahre an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen teilgenommen haben.

2. Psychologische Psychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten mit einer Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach § 6 Abs. 4 bzw.
   § 5 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarungen, die
   - die oben genannten zusätzlichen Voraussetzungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfüllen und
   - in den letzten zwei Jahren vor Teilnahme an dem Vertrag mindestens ein Drittel der Tätigkeit der Behandlung von Kindern und Jugendlichen gewidmet haben.

(3) Die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungen für die Dauer der Vertragsteilnahme ist verpflichtend.

(4) Über die Teilnahme der Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen nach Absatz 2 nicht vollständig erfüllen, entscheidet in Einzelfällen die KV Hamburg nach Beratung durch das Lenkungsgremium nach § 14 des Hauptvertrages.

§ 8
Teilnahmeverfahren

(1) Leistungserbringer, die gegenüber der KV Hamburg die Anforderungen gemäß § 6 Abs. 2 bzw. § 7 nachweisen, können am Vertrag teilnehmen. Sie füllen die Teilnahmeerklärung in **Anlage 8** aus. Gleichzeitig stimmt der Leistungserbringer der Veröffentlichung seiner persönlichen Daten zum Zwecke der Versicherteninformation über die Teilnahme an diesem Vertrag (einschließlich der Veröffentlichung in einem Verzeichnis auf der Homepage der KV Hamburg) und der Weiterleitung an die Krankenkasse zu.

(2) Die KV Hamburg erteilt den Leistungserbringern, die die Voraussetzungen nach § 6 Abs. 2 bzw. § 7 dieses Vertrages erfüllen, eine Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag. Die Genehmigung wird mit der Auflage erteilt, an den in diesem Vertrag festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen teilzunehmen und dies der KV Hamburg nachzuweisen. Die Teilnahme des Leistungserbringers beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, frühestens jedoch mit Inkrafttreten des Vertrags nach § 19.

(3) Leistungserbringer, deren Teilnahme am Vertrag nach § 6 Abs. 3 bzw. § 7 Abs. 4 durch das Lenkungsgremium beschlossen wurde, nehmen mit dem Tag der Entscheidung des Lenkungsgremiums teil. Der Leistungserbringer hat nach Satz 1 vom Tag an 6 Monate Zeit, innerhalb derer er die fehlenden Qualifikationsnachweise

nachreicht bzw. Voraussetzungen erfüllt und dies gegenüber der KV Hamburg nachweist. Können die erforderlichen Nachweise nicht erbracht werden, teilt die KV Hamburg dem Leistungserbringer das Ausscheiden aus dem Vertrag mit Ablauf der 6 Monate mit.

(4) Mit Erteilung der Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag durch die KV Hamburg, § 8 Abs. 2, ist der Leistungserbringer berechtigt und verpflichtet, Leistungen nach diesem Vertrag zu erbringen und abzurechnen. Die Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag kann gegebenenfalls mit Auflagen und Nebenbestimmungen versehen werden.

(5) Die Teilnahme kann seitens des Leistungserbringers schriftlich unter Einhaltung einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende gegenüber der KV Hamburg beendet werden.

(6) Die Teilnahme an diesem Vertrag endet:

- mit dem Ende dieses Vertrages
- mit Beendigung durch den Leistungserbringer
- mit dem im Bescheid bestimmten Zeitpunkt über das Ruhen oder Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
- mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen des Leistungserbringers
- mit dem Widerruf oder der Rücknahme der Genehmigung wegen eines schwerwiegenden oder wiederholten nachweislichen Verstoßes gegen die Verpflichtungen dieses Vertrages**.**

Abschnitt 5 - Qualitätssicherung und -management

§ 9
Qualitätssichernde Maßnahmen

Zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und der Ziele des Vertrages vereinbaren die Vertragspartner folgende Maßnahmen:

1. Verpflichtende Teilnahme der Leistungserbringer an mindestens drei Qualitätszirkeln pro Jahr **(Anlage 4)**
2. Diagnosesicherung durch leitlinienbasierte Diagnostik und Differenzialdiagnostik
3. Aufbau eines größeren Angebotes an Elterntraining
4. Effiziente Programmsteuerung durch die KV Hamburg
5. Einrichtung eines Lenkungsgremiums gemäß § 14
6. Gewährleistung einer aktuellen Information der Leistungserbringer zu wesentlichen Inhalten und Änderungen dieses Vertrages
7. Erstellung und Veröffentlichung eines jährlichen Qualitätsberichts durch die KV Hamburg

§ 10
Evaluation

Die Vertragspartner vereinbaren eine Evaluation auf Grundlage des Qualitätsberichtes nach § 9 Nr. 7 dieses Vertrages. Das Nähere wird in Anlage 5 geregelt und über die sich ggf. hieraus ergebenden Kosten verständigen sich die Vertragspartner gesondert.

§ 11
Wirtschaftlichkeitsgebot

Sollten durch die Umsetzung dieses Vertrages zusätzliche ärztliche Leistungen und zusätzliche Verordnungen von Arznei- und Heilmitteln durch die Ärzte erforderlich werden und dies zu einem Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren nach § 106 SGB V führen, gelten die gesetzlichen Regelungen entsprechend und unverändert fort. Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich, eine sowohl bedarfsgerechte und wirtschaftliche als auch qualitätsgesicherte Versorgung vorzunehmen, die sich an den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und an den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen/Gemeinsamen Bundesausschuss orientieren.

Abschnitt 6 - Programmsteuerung

§ 12
Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

(1) Die KV Hamburg veröffentlicht das Vorhaben in ihren satzungsmäßigen Veröffentlichungs-Organen unter Benennung der Vertragsziele, der persönlichen Qualitätsanforderungen und der weiteren Aufgaben der an der Vertragsumsetzung interessierten Ärzte.

(2) Die KV Hamburg erstellt eine Liste der teilnehmenden Leistungserbringer und stellt diese der Krankenkasse quartalsweise elektronisch in Form einer Excel-Tabelle zur Verfügung. Die Excel-Tabelle enthält folgende Daten: Name des Leistungserbringers, Lebenslange Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR), Arztgruppenschlüssel, Beginndatum sowie ggf. Endedatum. Die KV Hamburg veröffentlicht die Liste auf ihrer Homepage.

(3) Die KV Hamburg informiert die Leistungserbringer umfassend und unverzüglich über Vertragsabschlüsse und -änderungen im Rahmen dieses Vertrages, insbesondere über die Empfehlungen des Lenkungsgremiums zu Neuerungen bei den Behandlungsleitlinien, vgl. § 14. Sie wirkt darauf hin, dass Leistungserbringer, die an dem Vertrag teilnehmen wollen, die erforderlichen Qualifikationen erwerben und aufrechterhalten können. Sie unterstützt die teilnehmenden Leistungserbringer insbesondere bei der Organisation und Durchführung der Qualitätszirkel.

(4) Darüber hinaus übernimmt die KV Hamburg die ihr nach diesem Vertrag zugewiesenen Aufgaben sowie die Vertragsdurchführung und Qualitätssicherung.

(5) Die KV Hamburg gewährleistet eine ordnungsgemäße Abrechnung der Leistungen. Die KV Hamburg prüft u. a. den Bezug zwischen Leistungserbringern und Versicherten. Hierfür erfolgt eine historisierte Zuordnung der koordinierenden Leistungserbringer und der bei ihnen eingeschriebenen Versicherten. Eine historisierte Zuordnung bedeutet, dass die eingeschriebenen Leistungserbringer auch bei einem Wechsel der Betriebsstätte noch durch die Lebenslange Arztnummer (LANR) zugeordnet werden können.

(6) Die KV Hamburg nimmt die Teilnahmeerklärungen der Versicherten entgegen. Nach der zeitnahen Erstellung einer Exceltabelle, welche folgende Informationen enthalten sollte: Versichertennummer, lebenslange Arztnummer (LANR), Arztgruppenschlüssel, Betriebsstättennummer (BSNR), Beginndatum und ggf. Endedatum, leitet die KV Hamburg eine entsprechende Übersicht quartalsweise in elektronischer Form an die Krankenkasse weiter.

§ 13
Öffentlichkeitsarbeit und Information

(1) Maßnahmen und Zeitpunkt zur Information der Öffentlichkeit und der Versicherten sind zwischen den Vertragspartnern abzustimmen.

(2) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise über diesen Vertrag.

(3) Die Bereitstellung der notwendigen Dokumentationsunterlagen **(Anlagen 1, 2, 2.1, 2.2, 5, 6 und 8)** und Teilnahmeerklärungen für die Versicherten **(Anlagen 7 a und 7 b)** erfolgt durch die KV Hamburg. Die Finanzierung der ggf. entstehenden Kosten für die Formulare erfolgt jeweils zu gleichen Teilen durch die KV Hamburg und die Krankenkasse.

§ 14
Lenkungsgremium

(1) Die Vertragspartner entsenden im Zuge der gemeinsamen Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur für AD(H)S-kranke Kinder und Jugendliche sechs Vertreter (drei Vertreter der Krankenkasse und drei Vertreter der KV Hamburg bzw. der Leistungserbringer) in ein Lenkungsgremium, welches medizinische und inhaltliche Grundsatzfragen klärt.

Die Empfehlungen des Lenkungsgremiums sind von den Vertragspartnern bei der Umsetzung dieses Vertrages zu berücksichtigen. Zu den Aufgaben des Lenkungsgremiums gehören insbesondere

- die einheitliche Weiterentwicklung der Leistungen,
- die Empfehlung von Behandlungsleitlinien insbesondere bei Neuerungen,
- die Beratung der KV Hamburg im Zusammenhang mit Fragestellungen zur Teilnahme der Leistungserbringer

- die Weiterentwicklung der Vertragsanlagen mit Ausnahme der **Anlage 9** (Vergütung),
- die Bewertung der Evaluationsergebnisse und die Abgabe von Empfehlungen zur Veröffentlichung dieser Ergebnisse an die KV Hamburg,
- die Beratung über die Anpassung der Verträge gemäß § 18 dieses Vertrages.

Die Krankenkasse darf zur gemeinsamen Erarbeitung der Empfehlungen mit den Leistungserbringern externe medizinische Berater hinzuziehen. Den Vertretern des Lenkungsgremiums sind die Namen der externen Berater vor den Sitzungen des Lenkungsgremiums mitzuteilen.

(2) Das Lenkungsgremium ist beschlussfähig, wenn mindestens jeweils zwei Vertreter der Krankenkasse und der KV Hamburg bzw. der Leistungserbringer anwesend sind. Das Lenkungsgremium entscheidet mit einfacher Mehrheit. Kann keine mehrheitliche Einigung erzielt werden, gilt der Antrag als abgelehnt.

(3) Das Lenkungsgremium ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen. Der Sitz ist bei der KV Hamburg, diese lädt zu vereinbarten Sitzungen schriftlich ein.

§ 15
Datenschutz, Datentransparenz und -austausch

Bei der Umsetzung des Vertrages sind die ärztliche Schweigepflicht sowie die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu gewährleisten. Den für die Umsetzung dieses Vertrages notwendigen Datenaustausch, der über das übliche Maß hinausgeht, vereinbaren die Vertragspartner gesondert. Die Datenerfassung für die Evaluation erfolgt gemäß **Anlage 5**. Die Weitergabe von persönlichen Daten außerhalb der Behandlung ist nur anonymisiert möglich.

Abschnitt 7 - Vergütung und Abrechnung

§ 16
Vergütung

(1) Die Leistungen nach diesem Vertrag werden entsprechend **Anlage 9** vergütet.

(2) Die Vergütung erfolgt seitens der Krankenkasse gegenüber der KV Hamburg außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Eine Bereinigung bzw. Verrechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt nicht.

§ 17
Abrechnung

(1) Die erbrachten Leistungen sind von den teilnehmenden Leistungserbringern im Rahmen der regulären Abrechnung über die KV Hamburg abzurechnen. Die KV Ham-

burg ist berechtigt, Verwaltungskosten nach der Satzung in der jeweils gültigen Fassung in Abzug zu bringen.

(2) Der Datenaustausch zum Abrechnungsverfahren erfolgt auf der Grundlage des Vertrages über den Datenträgeraustausch auf Datenträgern. Die Abrechnung der in diesem Vertrag vereinbarten Vergütungen erfolgt gemäß § 295 SGB V über die KV Hamburg.

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

Abschnitt 8 - Abschließende Bestimmungen

§ 18
Anpassungsklausel

(1) Die Vertragspartner vereinbaren, dass jährlich auf der Basis der Evaluationsergebnisse ein Gespräch zum ggf. daraus resultierenden Anpassungsbedarf der Versorgungsaufträge stattfindet.

(2) Stellt eine Vertragspartei dessen ungeachtet unaufschiebbaren Anpassungsbedarf fest, nehmen die Vertragspartner unverzüglich Verhandlungen auf.

§ 19
Laufzeit und Kündigung

(1) Der Vertrag tritt mit Wirkung zum **01.07.2011** in Kraft und kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Quartals, frühestens zum 30.06.2012, gekündigt werden.

(2) Einen wichtigen Grund zur Kündigung stellen insbesondere die Verletzung des § 18 Abs. 1 sowie eine grundlose Verweigerung der Anpassung gemäß § 18 Abs. 2 dieses Vertrages dar.

§ 20
Salvatorische Klausel

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

Protokollnotiz

Hinsichtlich der Abrechnung durch die KV Hamburg, der Zahlungstermine und der rechnerisch-sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages in der jeweils gültigen Fassung. Die KV Hamburg rechnet die Vergütungspauschalen mit der Quartalsabrechnung gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg ab.

Die Leistungen werden im Formblatt 3 unter dem Konto 400, Pseudokapitel 80 erfasst und separat unter den in der Anlage 9 („Vergütung“) genannten GOP bis auf die 6. Ebene ausgewiesen. Sofern eine anderweitige Ausweisung durch Änderungen des Formblattes 3 - Inhaltsbeschreibungen - notwendig wird, verständigen sich die Vertragspartner über die dann neue Ausweisung in Form eines Schriftwechsels.

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Anlage 1

Kriterien Verdachtsdiagnose

Die Verdachtsdiagnose kann leitliniengemäß gestellt werden, wenn Kinder/Jugendliche entweder als

- unruhig und impulsiv
- oder als unaufmerksam
- oder in allen drei Kernsymptomen

als auffällig beurteilt werden.

Die Problematik muss

- sowohl in der Familie als auch im Kindergarten/in der Schule auftreten,
- vor der Einschulung, spätestens aber kurz danach begonnen haben,
- über mehr als 6 Monate andauern,
- als belastend erlebt werden oder
- die soziale, schulische bzw. berufliche Funktionsfähigkeit beeinträchtigen.

Erfassungsinstrumente und Dokumentation der Verdachtsdiagnose

Die Vertragsteilnehmer erfassen diese Kriterien der Verdachtsdiagnose mit dem

Screening-Bogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (AD(H)S-Bogen) [Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Steinhausen, H.-C.: KIDS - Kinder-Diagnostik-System Band 1, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (AD(H)S). Hogrefe 2006].

Daraus können sich auch Hinweise auf Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen ergeben.

Zur Dokumentation dieser Befunde zu Verdachtsdiagnose und eventuellen Hinweisen auf Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen verwenden die Vertragsteilnehmer nachstehendes Formular.

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Aufnahme Verdachtsdiagnose

Der Verdacht auf AD(H)S bei

Name: _____Vorname: _____Geburtsdatum: _____

wurde gestellt, weil folgende Hinweise auf die Kernsymptome von AD(H)S in deutlicher Ausprägung vorliegen:

auffällig unruhig und impulsiv	ja / nein
oder auffällig unaufmerksam	ja / nein
oder in allen drei Kernsymptomen auffällig	ja / nein

Diese Problematik (alle folgenden Kriterien müssen erfüllt sein)

- ☐ tritt sowohl in der Familie als auch im Kindergarten/in der Schule auf
- ☐ hat vor der Einschulung, spätestens aber kurz danach begonnen
- ☐ dauert über mehr als 6 Monate an
- ☐ wird als belastend erlebt oder beeinträchtigt die soziale, schulische bzw. berufliche Funktionsfähigkeit.

Verdacht auf komorbide Störungen:

_____

_____

_____

_____

Zusatzinformationen/Bemerkungen
(z. B. Hinweise auf genetische Belastungen):

_____

_____

_____

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Anlage 2

Sicherung der Diagnose AD(H)S, Differenzialdiagnostik und Erfassung von Komorbiditäten

Differenzialdiagnostisch ist insbesondere zu denken an:

- pharmakologische Wirkungen (insbesondere bei Phenobarbital, Antihistaminika, Steroiden, Sympathomimetika, neurotoxischen Substanzen, Drogen)
- Epilepsie, Hyperthyreose, Migräne, Schädel-Hirn-Trauma
- tiefgreifende Entwicklungsstörung (Autismus, Rett-Syndrom oder desintegrative Störung)
- Intelligenzminderung in Form von Lernbehinderung oder geistiger Behinderung
- Abklärung einer Hochbegabung
- Psychosen (insbesondere eine manische Episode oder eine schizophrene Störung)
- emotional instabile Persönlichkeitsstörung (impulsiver Typus)
- depressive Störung oder Dysthymia
- Panikstörung oder generalisierte Angststörung
- Störung des Sozialverhaltens
- desorganisierte, chaotische Familienverhältnisse, Misshandlung oder Vernachlässigung des Kindes

Als komorbide Störungen müssen insbesondere Störungen des Sozialverhaltens, umschriebene Entwicklungsstörungen/Teilleistungsstörungen, Tic-Störungen und emotionale Störungen erfasst werden.

Zur Diagnosesicherung und Differenzialdiagnostik sind folgende Maßnahmen erforderlich:

- Störungsspezifische Anamnese bzw. Entwicklungsgeschichte
- Differenzialdiagnostische Anamnese und Entwicklungsgeschichte
- Fremdanamnestische Informationen aus sozialem Umfeld in KiGa/Schule (obligat: FBB-AD(H)S/HKS)
- Familienanamnese (Erkrankung der Eltern oder naher Verwandter)
- Erfassung und Beurteilung psychosozialer Bedingungs- und Begleitfaktoren, „Familiendiagnostik“
- Differenzialdiagnostik psychischer Erkrankungen (Hinweise durch SDQ, fakultativ durchzuführen)
- Verhaltensbeobachtung (während der Untersuchungen und der Anamnese)
- Körperliche Untersuchung, einschließlich neurologischer und motoskopischer Untersuchung, Beurteilung des Hör- und Sehvermögens; ggf. Labordiagnostik, ggf. EEG, ggf. spezialisierte organische Abklärung (z. B. Neuropädiatrie)

- Beurteilung des psychischen und geistigen Entwicklungsstandes, ggf. Intelligenzdiagnostik (wenn anhand von Leistungsnachweisen wie Zeugnisse, Klassenarbeiten etc. nicht zweifelsfrei anzunehmen ist, dass eine normale Intelligenz vorliegt), Entwicklungs- und Wahrnehmungsdiagnostik
- Beurteilung des psychischen und geistigen Entwicklungsstandes, ggf. Intelligenzdiagnostik (wenn anhand von Leistungsnachweisen wie Zeugnisse, Klassenarbeiten etc. nicht zweifelsfrei anzunehmen ist, dass eine normale Intelligenz vorliegt; dann Testung mit anerkannten Verfahren, z. B. Hawik, K-ABC, CFT, AID), Entwicklungs- und Wahrnehmungsdiagnostik
- Ggf. neuropsychologische Testverfahren (z. B. Continuous Performance Test CPT, Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung TAP, Teach-Test, Qb-Test

Nach Durchführung und Bewertung der individuell notwendigen diagnostischen Befunde erfolgt:

- Beurteilung, ob die Diagnosekriterien nach DSM-IV und/oder ICD-10 erfüllt sind
- Beurteilung, ob die Störung durch eine andere Diagnose besser beschrieben wird (z. B. tiefgreifende Entwicklungsstörung, Störung des Sozialverhaltens, Dysthyme Störung, Depression, Angststörung)
- Beurteilung der qualitativen (welcher Subtyp?) und quantitativen (Schweregrad der Beeinträchtigung?) Ausprägung
- Beurteilung, ob komorbide Störungen (und wenn ja welche) vorliegen
- Erfassung und Beurteilung der Aggravationsumstände und Ressourcen in der Umgebung des Patienten
- Beurteilung genetischer Hinweise in der Familie

Die Diagnosestellung wird multiaxial auf folgendem Diagnosebogen dokumentiert:

Die Vertragsteilnehmer erfassen diese Kriterien der Verdachtsdiagnose mit dem Screening-Bogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (AD(H)S-Bogen) [Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Steinhausen, H.-C.: KIDS - Kinder-Diagnostik-System Band 1, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (AD(H)S). Hogrefe 2006].

Daraus können sich auch Hinweise auf Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen ergeben.

Zur Dokumentation dieser Befunde zu Verdachtsdiagnose und eventuellen Hinweisen auf Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen verwenden die Vertragsteilnehmer nachstehendes Formular.

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Anlage 2.1

Diagnosebogen

Klinisch psychiatrisches Syndrom

1. Hauptdiagnose:

_____

ICD-10, 5-stellig: I F I I I.I I I
Sicherheitsgrad: 1 sicher 2 unsicher

2. Diagnose Achse I:

_____

ICD-10, 5-stellig: I F I I I.I I I
Sicherheitsgrad: 1 sicher 2 unsicher

3. Diagnose Achse I:

_____

ICD-10, 5-stellig: I F I I I.I I I
Sicherheitsgrad: 1 sicher 2 unsicher

Umschriebene Entwicklungsstörungen

- ☐ F80.0 Artikulationsstörung
- ☐ F80.1 Expressive Sprachstörung
- ☐ F80.2 Rezeptive Sprachstörung
- ☐ F80.3 Erworbene Aphasie m. Epilepsie (Landau-Kleffner-Synd.)
- ☐ F80.8 Sonst. Entwicklungsstörg. d. Sprechens od. d. Sprache
- ☐ F80.9 Entwicklungsst. d. Sprechens od. d. Sprache, n. n. Bez.
- ☐ F81.0 Lese- und Rechtschreibstörung
- ☐ F81.1 Isolierte Rechtschreibstörung
- ☐ F81.2 Rechenstörung
- ☐ F81.3 Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten
- ☐ F81.8 Sonstige Entwicklungsstörungen schul. Fertigkeiten
- ☐ F81.9 Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, n. n. Bez.
- ☐ F82 Umschriebene Entwicklungsstörg. der motor. Funktionen
- ☐ F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
- ☐ F88 Andere Entwicklungsstörungen
- ☐ F89 Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung

Entwicklungsstand/Intelligenz

1	sehr hohe Intelligenz	IQ > 129
2	hohe Intelligenz	IQ 115 – 129
3	durchschnittliche Intelligenz	IQ 85 – 114
4	niedrige Intelligenz	IQ 70 – 84
5	leichte Intelligenzminderung	IQ 50 – 69
6	mittelgradige Intelligenzminderung	IQ 35 – 49
7	schwere Intelligenzminderung	IQ 20 – 34
8	schwerste Intelligenzminderung	IQ < 20
9	Intelligenzniveau nicht bekannt	

Körperlicher – neurologischer Befund

1. _____

ICD-10, 5-stellig: I I I I.I I I

2. _____

ICD-10, 5-stellig: I I I I.I I I

3. _____

ICD-10, 5-stellig: I I I I.I I I

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Psychosozialer Hintergrund

1 = unzutreffend, 2 = trifft zu, 9 = logisch nicht mögl./unbekannt

1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen
1.0 Mangel an Wärme in der Eltern-Kind Beziehung 1 2 9
1.1 Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen 1 2 9
1.2 feindl. Ablehng./Sündenbockzuweisg. gegenüber Kind 1 2 9
1.3 körperliche Kindesmißhandlung 1 2 9
1.4 sexueller Mißbrauch (innerhalb der Familie) 1 2 9
1.8 andere: 1 2 9

2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie
2.0 psych. Störung/abweichendes Verhalten e. Elternteils 1 2 9
2.1 Behinderung eines Elternteils 1 2 9
2.2 Behinderung der Geschwister 1 2 9
2.8 andere: 1 2 9

3. Inadäquate/verzerrte intrafamiliäre Kommunikation 1 2 9

4. Abnorme Erziehungsbedingungen
4.0 elterliche Überfürsorge 1 2 9
4.1 unzureichende elterliche Aufsicht/Steuerung 1 2 9
4.2 Erziehg., die eine unzureichende Erfahrung vermittelt 1 2 9
4.3 unangem. Anforderungen/Nötigungen durch Eltern 1 2 9
4.8 andere: 1 2 9

5. Abnorme unmittelbare Umgebung
5.0 Erziehung in einer Institution 1 2 9
5.1 abweichende Elternsituation 1 2 9
5.2 isolierte Familie 1 2 9
5.3 Lebensbed. mit mögl. psychosoz. Gefährdung 1 2 9
5.8 andere: 1 2 9

6. Akute, belastende Lebensereignisse
6.0 Verlust einer Liebes- oder engen Beziehung 1 2 9
6.1 bedrohl. Umstände infolge von Fremdunterbringung 1 2 9
6.2 negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder 1 2 9
6.3 Ereignisse, die zur Herabsetzg. d. Selbstachtg. führen 1 2 9
6.4 sexueller Missbrauch (außerhalb der Familie) 1 2 9
6.5 unmittelbare, beängstigende Erlebnisse 1 2 9
6.8 andere: 1 2 9

7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren
7.0 Verfolgung oder Diskriminierung 1 2 9
7.1 Migration oder soziale Verpflanzung 1 2 9
7.8 andere: 1 2 9

8. Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit
8.0 abnorme Streitbeziehungen mit Schülern/Mitarb. 1 2 9
8.1 Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder 1 2 9
8.2 allgem. Unruhe in Schule/Arbeitssituation 1 2 9
8.8 andere: 1 2 9

9. Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes
9.0 institutionelle Erziehung 1 2 9
9.1 bedrohl. Umstände infolge v. Fremdunterbringung 1 2 9
9.2 abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen 1 2 9
9.8 andere: 1 2 9

Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

0 hervorragende/gute soziale Anpassung
1 befriedigende soziale Anpassung
2 leichte soziale Beeinträchtigung
3 mäßige soziale Beeinträchtigung
4 deutliche soziale Beeinträchtigung
5 deutl. u. übergreifende (durchgängige) soz. Beeinträcht.
6 tiefgreifende u. schwerwiegende soz. Beeinträchtigung
7 braucht beträchtliche Betreuung
8 braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)
9 Information fehlt.

Anlage 2.2

Folgende Fragebögen sollen als Hilfsmittel im Rahmen der Diagnosesicherung und Differenzialdiagnostik und zur Dokumentation eingesetzt werden:

- Explorationsbogen ADHS/ADS von Kohns [Internet: www.agAD(H)S.de unter „Hilfen/Fragebögen“] oder die Basisdokumentation der Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP/BAG/BKJPP)
- FBB-AD(H)S/HKS [Fremdbeurteilungsbogen Hyperkinetische Störung jeweils für Eltern und Erzieher]
- SDQ (Strength- and Difficulties-Questionnaire; Internet: www.sdqinfo.org)
- ILK (Internet: www.kjp.uni-marburg.de/lq/index.php) [zur Erfassung der Lebensqualität]

Weitere Fragebögen, die als Hilfsmittel im Rahmen der Diagnosesicherung und Differenzialdiagnostik und zur Dokumentation eingesetzt werden können, sind z. B.:

- Anamnesebogen von Skrodzki [Internet: www.agAD(H)S.de unter „Hilfen/Fragebögen“]
- ES-HOV (Explorationsschema für Hyperkinetische und Oppositionelle Verhaltensstörungen; Döpfner et al., 2000; 2005) [halbstrukturierter klinischer Explorationsbogen]
- FBB-AD(H)S-V (Fremdbeurteilungsbogen für Vorschulkinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen; Döpfner et al., 2005) [Adaptation des FBB-AD(H)S für Vorschulkinder; Normen; Bestandteil des Kinder-Diagnostik-Systems (KIDS-1)]
- SBB-AD(H)S/HKS [Selbstbeurteilungsbogen - ab 11 Jahre]
- TRF (Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen)
- CBCL (Child Behavior Checklist)
- YSR (Fragebogen für Jugendliche)
- EF-PF (Elternfragebogen über Problemsituationen in der Familie; Döpfner et al., 2005) [Deutsche Bearbeitung des Home Situations Questionnaire (HSQ), deutsche cut-off-Werte für Auffälligkeiten]
- VBV (Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder)
- FBB ANG, FBB DES, FBB SSV [Disyps II]

Weitere optional einzusetzende Verfahren zur diagnostischen und differenzial-diagnostischen Abklärung besonders von komorbiden Störungen sowie zur Dokumentation/Therapie-Evaluation:

- PSKB-KJ – Psychischer Sozialkommunikativer Befund bei Kindern und Jugendlichen (PSB-KJ) (Fahrig und Rudolf 1996) – Expertenrating zur standardisierten und quantifizierenden Erfassung psychischer Symptome auf der Basis eines psychodynamischen Verständnisses
- Kinder-DIPS – Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Unnewehr et al. 1995)
- BSS-K – Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche (Fahrig et al. 1996)
- OPD-KJ – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen (Arbeitskreis OPD-KJ 2003)

Anlage 3.0

Indikationsstellung und Durchführung von Behandlungsmodulen

Grundsätze multimodaler Therapie

Leitliniengemäß erfolgt nach Sicherung der AD(H)S-Diagnose eine multimodale Therapie.

Nach Festlegung und Hierarchisierung der Behandlungsziele (z. B. Verringerung der Kernsymptomatik und der Symptomatik komorbider Störungen, altersadäquate psychosoziale Entwicklung und Integration, Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung, Stabilisierung der emotionalen Situation, begabungsentsprechende Schul- und Berufsausbildung ...) entscheidet der behandelnde Leistungserbringer, welche Therapiemodule in den individuellen Behandlungsplan aufgenommen werden müssen. Dabei orientiert er sich an den Prinzipien des Notwendigen, Hinreichenden und Verfügbaren und nutzt die vor Ort bestehenden Kooperationsmöglichkeiten. Außerdem sollten nichtmedikamentöse Behandlungsmethoden initial stets Vorrang vor medikamentöser Behandlung haben, wenn nicht eine krisenhafte Zuspitzung vorliegt. Medikamentöse Behandlung sollte regelhaft durch nicht-medikamentöse Therapieformen ergänzt werden.

Modul: Psychoedukative Maßnahmen

- Information der Eltern, Erzieher/Lehrer und (altersgerecht) der Kinder/Jugendlichen über das Krankheitsbild, dessen Pathogenese, Behandlungsmöglichkeiten und Verlauf.
- Beratung der Eltern, Kinder/Jugendlichen und Erzieher/Lehrer über Maßnahmen im gegenseitigen Umgang, die die AD(H)S-spezifischen Besonderheiten des Kindes berücksichtigen.
- Selbstbeobachtung und Selbstbewertung.
- Hinweis auf Selbsthilfegruppen.
- Sensibilisierung der Eltern für die sich selbst aufrechterhaltenden Teufelskreise der Interaktion und den Anteil, den die Eltern daran haben.

Modul: Elterntraining und Interventionen in der Familie

Eltern-/Familieninterventionen muss ein hervorragender Platz in der ersten Therapiestufe eingeräumt werden, da ihre Wirksamkeit evidenzbasiert nachgewiesen werden konnte. Es sollten Elterntrainings, vorzugsweise in der Gruppe, mit bei AD(H)S geeigneten Programmen durchgeführt werden. Des Weiteren soll auf Eltern-(Selbsthilfe-)Gruppen hingewiesen werden und Elterngruppen sollten unterstützt werden.

Modul: Psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapie, Behandlung der Bezugspersonen

Die Leistungen dieses Moduls können von teilnehmenden Ärzten/Psychotherapeuten mit entsprechender Qualifikation nach den Psychotherapierichtlinien/Psychotherapie-Vereinbarungen erbracht werden. Komplexe familiäre Interaktionsstörungen erfordern über psychoedukative Maßnahmen oder über ein anleitendinstruierendes Elterntraining hinausgehende psychotherapeutische Familien- und Elternbehandlung. Bei psychischen Störungen eines oder beider Elternteile ist alternativ dazu oder ergänzend psychotherapeutische Einzelbehandlung des Elternteils zu erwägen. Störungsspezifische psychotherapeutische Verfahren mit Kindern und Jugendlichen müssen sich an den Leitlinien orientieren und die Eltern intensiv in den Therapieprozess einbeziehen (sowohl bei Einzel- als auch bei Gruppenbehandlungen). Mit Patienten und Eltern soll in altersgerechter Form eine Problem- und Ressourcenanalyse, eine Zielhierarchie und ein therapeutisches Arbeitsbündnis erarbeitet werden. Operante Techniken, Techniken der Stimuluskontrolle sowie kognitive Therapien wie Selbstinstruktionstechniken und Hilfen bei der Impuls- bzw. Ärgerkontrolle sollten in ein psychotherapeutisches Gesamtkonzept eingebettet und nicht isoliert angewendet werden. Diese sind sowohl für die Symptomkontrolle, als auch für den Aufbau von Alternativverhalten wichtige therapeutische Hilfen auf dem Weg zum Selbstmanagement.

Modul: Störungsspezifische Funktionsbehandlungen mit sozialpädiatrischen und -psychiatrischen Interventionen bei Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen

Diese Leistungen können auch von Heilpädagogen, Ergotherapeuten, Sozialpädagogen, Pädagogen und Psychologen unter Anleitung eines Kinder- und Jugendarztes/Psychotherapeuten durchgeführt werden, der Vertragspartner dieses Vertrages ist. Kinder und Jugendliche mit ADS/AD(H)S sind in verschiedener Weise in ihren Alltagsfunktionen eingeschränkt und benötigen störungsspezifische Hilfen und pädagogische Interventionen. Diese können in Einzel- oder Gruppenbehandlung durchgeführt werden. Dabei sind Hilfen zur Impulssteuerung, Konzentration und Daueraufmerksamkeit, motorische Kontrolle und Handlungskompetenz störungsspezifisch bezogen auf die Kernsymptomatik sinnvoll. Häufig ist der Aufbau sozialer Kompetenz, Förderung allgemeiner Grundregeln des Sozialverhaltens, Unterstützung des Selbstwerts, der Angst-Aggressionsbewältigung sowie eine emotionale Stabilisierung notwendig und im Gruppensetting besonders hilfreich.

Die Arbeit mit den Eltern ist initial und begleitend notwendig, um diese in ihrer Elternfunktion zu stützen und über die Möglichkeiten des Elterntrainings in der Gruppe hinaus - individuell bezogen auf die Erfordernisse in der eigenen Familie und die eigenen Bedingungen des Elternseins - zu unterstützen.

Das Umfeld der Kinder hat entscheidende Bedeutung für die Ausprägung der Symptomatik. Dazu werden Erzieher, Lehrer, andere Bezugspersonen und Therapeuten sowie gegebenenfalls Mitarbeiter der Jugendhilfe in kontinuierlichen, begleitenden Gesprächen und Interventionen in den Behandlungsprozess einbezogen.

Modul: Behandlung komorbider Störungen

Je nach durch die Diagnostik erfasster Begleitstörung sind z. B. folgende Behandlungsmethoden sinnvoll:

- Wahrnehmungsförderung (bei visuellen, auditiven oder kinästhetischen Wahrnehmungsstörungen)
- motorische Förderung (z. B. Psychomotorik – mit dem Vorteil des Gruppensettings)
- Lese-Rechtschreib-Störung, Rechenschwäche: Veranlassung entsprechender Fördermaßnahmen, Nachteilsausgleich in der Schule

Komorbide Störungen mit erheblicher psychischer Symptomatik (z. B. Depression, Angst, Zwang) erfordern die Behandlung durch den Kinder und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Somatische und neurologische komorbide Störungen erfordern die Behandlung durch den Kinder- und Jugendarzt/Neuropädiater und/oder Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten.

Modul: Medikamente

Wenn psychoedukative und psychosoziale Maßnahmen nach angemessener Zeit keine ausreichende Wirkung entfaltet haben und eine deutliche Beeinträchtigung im Leistungs- und psychosozialen Bereich mit Leidensdruck bei Kindern/Jugendlichen und Eltern und Gefahr für die weitere Entwicklung des Kindes bestehen, besteht die Indikation zu ergänzender medikamentöser Therapie. In krisenhaften Situationen kann mit der medikamentösen Therapie sofort begonnen werden.

Der Vergleich verschiedener Behandlungsmethoden hat gezeigt, dass eine individuell bedarfsangepasste medikamentöse Therapie den größten positiven Effekt auf die Kernsymptome von AD(H)S hat. Einige komorbide Störungen können günstig beeinflusst werden. Oft sind Fördermaßnahmen und Heilmitteltherapien erst bei medikamentöser Therapie der Kinder erfolgreich. Eine kontinuierliche Beratung ist sehr wichtig für die Optimierung der Therapie.

Bezüglich der Details der Durchführung der medikamentösen Therapie wird insbesondere auf die aktuellen Leitlinien (vgl. § 2) verwiesen.

Modul: Externe Schnittstellen

- Verhaltenstherapeutische Techniken werden Lehrern, Erzieherinnen im Kindergarten usw. zur Übertragung der verhaltenstherapeutischen Interventionen in den Lebensalltag des Kindes vermittelt (Optimierung von Sitzordnung; Identifizierung von Problemen, Interventionen und hilfreiche Erzieher-/Lehrerinteraktionen mit dem Kind; Einsatz von Münzverstärkung, Response-Cost, Time-Out); Lehrerschulung

- Bedarfsweise soll Betreuung in Förderkindergarten, Förderschule, Heilpädagogischer Tagesstätte erfolgen (kleine Gruppen mit der Möglichkeit intensiverer pädagogischer Förderung, teils auch Übungsbehandlungen der Teilleistungsschwächen dort möglich)
- Ggf. Förderschule (Schwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung), Heimschule mit spezieller pädagogischer Förderung (wenn die schulische Integration in Regelschule oder Förderschule unter wohnortnaher Therapie nicht mehr möglich ist)
- Jugendhilfemaßnahmen (Kooperation mit dem Jugendamt: Hilfe zur Erziehung, Eingliederungshilfe)
- Teilstationäre oder stationäre Behandlung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik wird notwendig, wenn mit den oben genannten therapeutischen Maßnahmen die Therapieziele nicht befriedigend zu erreichen sind, insbesondere wenn infolge komorbider Störungen und/oder schwerwiegender familiärer Krisensituationen eine ambulante Therapie keinen Erfolg mehr hat.

Beurteilung des Therapieverlaufs und des Therapieerfolges

Im Verlauf Beurteilung des Therapieerfolges durch den Behandler anhand der Berichte von älteren Kindern/Jugendlichen, Eltern und Lehrern/Erziehern, Fragebögen zum Therapieverlauf, Vergleich früherer und aktueller Symptomchecklisten und -fragebögen und durch Leistungsnachweise wie Zeugnis, zwischenzeitliche Schulnoten, Heftführung, Schrift.

Werden die Therapieziele nicht oder nicht befriedigend erreicht, ist der Patient vom Behandler im Qualitätszirkel zu besprechen, um gemeinsam erfolgreichere Wege zur Behandlung zu finden.

Dokumentation von Therapieverlauf und Therapieerfolg

- AD(H)S - Klinische Gesamteinschätzung (AD(H)S-KGE) [Erfassungsbogen aus: Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Steinhausen, H.-C.: KIDS - Kinder-Diagnostik-System Band 1, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (AD(H)S). Hogrefe 2006]
- ILK (Internet: www.kjp.uni-marburg.de/lq/index.php) [zur Erfassung der Lebensqualität]

Anlage 4

AD(H)S-Qualitätszirkel

1. Aufgaben und Ziele

Die AD(H)S-Qualitätszirkel dienen der Weiterqualifizierung, der Fortbildung und dem kollegialen Erfahrungsaustausch der teilnehmenden Vertragsärzte, Vertragspsychiater und Vertragspsychotherapeuten der Qualitätssicherung und -entwicklung. Im AD(H)S-Qualitätszirkel sollen insbesondere die kritischen und/oder schwierig laufenden Fälle der teilnehmenden Vertragsärzte, Vertragspsychiater und Vertragspsychotherapeuten vorgestellt werden mit dem Ziel, auf Grundlage evidenzbasierter Leitlinien und des Erfahrungswissens der Teilnehmer eine Anpassung des Behandlungsplans vorzunehmen. Die Anforderungen an die AD(H)S-Qualitätszirkel richten sich nach der Qualitätssicherungsrichtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie nach den Grundsätzen und Regelungen der KV Hamburg zur Anerkennung und Durchführung von Qualitätszirkeln.

2. Anforderungen

2.1 Größe und Struktur

Die AD(H)S-Qualitätszirkel finden in einer geschlossenen Gruppenstruktur von etwa 6-30 teilnehmenden Leistungserbringern als Patientenfallkonferenz statt. Bei den AD(H)S-Qualitätszirkeln sollten alle teilnehmenden Berufsgruppen vertreten sein. Ein von der KV Hamburg anerkannter Moderator übernimmt die Leitung des AD(H)S-Qualitätszirkels. Die Teilnehmer stimmen anhängender Verbindlichkeitserklärung zu.

2.2 Häufigkeit und Dauer

Die AD(H)S-Qualitätszirkel sind auf Dauer angelegt. Sie finden mindestens sechsmal pro Jahr statt.

2.3 Rolle der KV Hamburg

Für alle AD(H)S-Qualitätszirkel erfolgt eine Beantragung auf Anerkennung. Die KV Hamburg unterstützt die AD(H)S-Qualitätszirkel entsprechend der jeweils gültigen Grundsätze und Regelungen zur Durchführung von Qualitätszirkeln.

2.4 Fallbearbeitung

Es wird angestrebt, dass jeder Teilnehmende AD(H)S-Fälle aus seinem Praxisalltag vorstellt. Die Vorbereitung der Fallvorstellung liegt in der Verantwortung des vorstellenden Kinder- und Jugendarztes, Psychiaters und Psychotherapeuten. Bei der Präsentation sollten die Anamnese, die Arzt-Patienten-Beziehung und die exakte Darlegung des medizinischen Behandlungsproblems Berücksichtigung finden. Notwendige Unterlagen sind anonymisiert zur Verfügung zu stellen.

2.5 Anerkennung als Fortbildungsmaßnahme

Die Zertifizierung des AD(H)S-Qualitätszirkels als anerkannte Fortbildungsmaßnahme erfolgt durch die zuständige Landesärztekammer bzw. Landespsychotherapeutenkammer. Mit der Teilnahme am AD(H)S-Qualitätszirkel erwirbt der teilnehmende Leistungserbringer Fortbildungspunkte.

2.6 Dokumentation

AD(H)S-Qualitätszirkelsitzungen sind zu protokollieren. Protokollpunkte sind dabei Termin und Zeitdauer, Thema, Teilnehmerzahl, Namen der Teilnehmer, Zeitpunkt und Thema des nächsten Qualitätszirkels. Insbesondere werden der Behandlungsansatz des vorstellenden Kinder- und Jugendarztes, Psychiaters und Psychotherapeuten sowie die von den Qualitätszirkelteilnehmern erarbeiteten Therapieempfehlungen protokolliert. Wurden Moderationsplakate verwendet, sind diese dem Protokoll beizufügen

Anlage 5

Evaluation

Die Evaluation erfolgt auf der Basis des jährlichen Qualitätsberichtes der KV Hamburg gemäß § 8 Nr.7 des Vertrages.

Die KV Hamburg erfragt dazu 1 x pro Jahr von den Leistungserbringern anhand folgender Liste:

Erfassungszeitraum: ..... bis [Datum der Aussendung der Liste]

Anzahl der Patienten mit Diagnose AD(H)S: .....

Davon: Diagnose AD(H)S gesichert: .....

Diagnosesicherung noch nicht abgeschlossen: .....

Wird in Ihrer Region ein AD(H)S-spezifisches Elterntraining angeboten: ja/nein

Wartezeit ca.: .....

Bei wie vielen der Patienten (mit gesicherter Diagnose) erfolgt/erfolgte ein Elterntraining: .....

Anzahl der Patienten, die sich aufgrund der Diagnose AD(H)S in psychotherapeutischer Behandlung befinden: .....

Anzahl der Patienten, bei denen die psychotherapeutische Behandlung erfolgreich beendet werden konnte: .....

Anzahl der Patienten, die aus dem Vertrag ausgeschrieben werden konnten: .....

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Anlage 6

Individuelle Patienteninformation

Patienteninformation

Name:	
Vorname:	Geburtsdatum:
Krankenkasse: **AOK Rheinland/Hamburg**	
Eingeschrieben am:	
Arztstempel:	

Diagnose und Ausgangssituation

Verdachtsdiagnose am: durch:

Diagnosesicherung am: durch:

Kernsymptome	gar nicht	mäßig	deutlich	sehr stark
Aufmerksamkeitsstörung				
Hyperaktivität				
Impulsivität				

Zusatzkriterien	
vor dem Alter von 6-7	ab wann?
mind. seit 6 Monaten	seit …. Monaten / ….. Jahren
verschied. Lebensbereiche	Familie Schule/KiGa Spiel
belastend	sozial + ++ +++ ++++ Leistung + ++ +++ ++++
Durch eine andere Diagnose besser beschrieben? ja/nein	

Definition/Diagnosekriterien für AD(H)S und/oder HKS erfüllt? ja/nein

Subtyp: AD(H)S
- vorwiegend unaufmerksam
- hyperaktiv – impulsiv
- kombinierter Typ

HKS
- Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit
- Hyperkinetische Störung mit Störung des Sozialverhaltens

AD(H)S in der Familie? Wer?

Komorbiditäten:

Was ist das größte Problem?

Wann im Tagesverlauf die meisten Probleme?

Therapie und Verlauf

Datum:

Behandler:

Maßnahmen zuhause:

Maßnahmen in Schule / Kindergarten:

Nichtmedikamentöse Therapie:

Medikamentöse Therapie:

Kontrolltermin am:

Fallgespräch?

Sonstiges:

[Für die fortlaufende Dokumentation bei den Kontrolluntersuchungen ist der Abschnitt „Therapie und Verlauf“ zu kopieren, auszufüllen und der Patienteninformation beizuheften]

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Teilnahmeerklärung Patient
zum
Vertrag zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S in Hamburg

Krankenkasse bzw. Kostenträger **AOK Rheinland/Hamburg**		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anlage 7 a
Teilnahmeerklärung Patient
Ausfertigung für die AOK

Hiermit erkläre ich,

- dass ich eine Patienteninformation erhalten habe und über den Behandlungsprozess der besonderen ambulanten Versorgung informiert wurde. Insbesondere wurde ich darüber informiert, dass meine Behandlung ausschließlich bei teilnehmenden Vertragspartnern durchgeführt werden kann,
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen wurde sowie darauf, dass ich jederzeit die Teilnahme gegenüber meiner AOK Rheinland/Hamburg widerrufen kann.

Ja, ich möchte mit Unterzeichnung der Erklärung an dieser besonderen Form der ambulanten ärztlichen Behandlung teilnehmen.

Ort/Datum Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Einwilligungserklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden,

- dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der geplanten Behandlung stehen, von den beteiligten Leistungserbringern verarbeitet und an die Beteiligten des Vertrages unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen,
- dass im Rahmen dieser Vereinbarung eine Dokumentation zur Qualitätssicherung mit anonymisierten Daten erstellt und durch die an diesem Vertrag Beteiligten ausgewertet wird.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis freiwillig erkläre und jederzeit widerrufen kann.

Ort/Datum Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Ort/Datum Unterschrift Vertragsarzt Vertragsarztstempel

Vertrag zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S in Hamburg

Anlage 7 a
Teilnahmeerklärung Patient
Ausfertigung für den **Patienten**

Krankenkasse bzw. Kostenträger **AOK Rheinland/Hamburg**		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Hiermit erkläre ich,

- dass ich eine Patienteninformation erhalten habe und über den Behandlungsprozess der besonderen ambulanten Versorgung informiert wurde. Insbesondere wurde ich darüber informiert, dass meine Behandlung ausschließlich bei teilnehmenden Vertragspartnern durchgeführt werden kann,
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen wurde sowie darauf, dass ich jederzeit die Teilnahme gegenüber meiner AOK Rheinland/Hamburg widerrufen kann.

Ja, ich möchte mit Unterzeichnung der Erklärung an dieser besonderen Form der ambulanten ärztlichen Behandlung teilnehmen.

Ort/Datum Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Einwilligungserklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden,

- dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der geplanten Behandlung stehen, von den beteiligten Leistungserbringern verarbeitet und an die Beteiligten des Vertrages unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen,
- dass im Rahmen dieser Vereinbarung eine Dokumentation zur Qualitätssicherung mit anonymisierten Daten erstellt und durch die an diesem Vertrag Beteiligten ausgewertet wird.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis freiwillig erkläre und jederzeit widerrufen kann.

Ort/Datum Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Ort/Datum Unterschrift Vertragsarzt Vertragsarztstempel

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Vertrag zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S in Hamburg

Anlage 7 a
Teilnahmeerklärung Patient
Ausfertigung für die **Praxis**

Krankenkasse bzw. Kostenträger **AOK Rheinland/Hamburg**		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Hiermit erkläre ich,

- dass ich eine Patienteninformation erhalten habe und über den Behandlungsprozess der besonderen ambulanten Versorgung informiert wurde. Insbesondere wurde ich darüber informiert, dass meine Behandlung ausschließlich bei teilnehmenden Vertragspartnern durchgeführt werden kann,
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen wurde sowie darauf, dass ich jederzeit die Teilnahme gegenüber meiner AOK Rheinland/Hamburg widerrufen kann.

Ja, ich möchte mit Unterzeichnung der Erklärung an dieser besonderen Form der ambulanten ärztlichen Behandlung teilnehmen.

Ort/Datum Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Einwilligungserklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden,

- dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der geplanten Behandlung stehen, von den beteiligten Leistungserbringern verarbeitet und an die Beteiligten des Vertrages unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen,
- dass im Rahmen dieser Vereinbarung eine Dokumentation zur Qualitätssicherung mit anonymisierten Daten erstellt und durch die an diesem Vertrag Beteiligten ausgewertet wird.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis freiwillig erkläre und jederzeit widerrufen kann.

Ort/Datum Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Ort/Datum Unterschrift Vertragsarzt Vertragsarztstempel

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
AOK Rheinland/Hamburg		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
BSNR	PT-Nummer	Datum

Anlage 7 b

Praxisstempel/Unterschrift des Psychiaters bzw. Psychotherapeuten

Anhang 7 b
Teilnahmeerklärung Patient
Ausfertigung für die AOK

Teilnahmeerklärung des Patienten/Datenerhebung
zum Vertrag
zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung
von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S in Hamburg

Hiermit erkläre ich,

- dass ich eine Patienteninformation erhalten habe und über den Behandlungsprozess der besonderen ambulanten Versorgung informiert wurde. Insbesondere wurde ich darüber informiert, dass meine Behandlung ausschließlich bei teilnehmenden Vertragspartnern durchgeführt werden kann,
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen wurde sowie darauf, dass ich jederzeit die Teilnahme gegenüber meiner AOK Rheinland/Hamburg widerrufen kann.

Ja, ich möchte mit Unterzeichnung der Erklärung an dieser besonderen Form der ambulanten ärztlichen Behandlung teilnehmen.

_____

Datum, Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Einwilligungserklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden,

- dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der geplanten Behandlung stehen, von den beteiligten Leistungserbringern verarbeitet und an die Beteiligten des Vertrages unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen,
- dass im Rahmen dieser Vereinbarung eine Dokumentation zur Qualitätssicherung mit anonymisierten Daten erstellt und durch die an diesem Vertrag Beteiligten ausgewertet wird.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis freiwillig erkläre und jederzeit widerrufen kann.

_____

Datum, Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
AOK Rheinland/Hamburg		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
BSNR	PT-Nummer	Datum

Anlage 7 b

Praxisstempel/Unterschrift des Psychiaters bzw. Psychotherapeuten

Anhang 7 b
Teilnahmeerklärung Patient
Ausfertigung für den **Patienten**

Teilnahmeerklärung des Patienten/Datenerhebung
zum Vertrag
zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung
von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S in Hamburg

Hiermit erkläre ich,

- dass ich eine Patienteninformation erhalten habe und über den Behandlungsprozess der besonderen ambulanten Versorgung informiert wurde. Insbesondere wurde ich darüber informiert, dass meine Behandlung ausschließlich bei teilnehmenden Vertragspartnern durchgeführt werden kann,
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen wurde sowie darauf, dass ich jederzeit die Teilnahme gegenüber meiner AOK Rheinland/Hamburg widerrufen kann.

Ja, ich möchte mit Unterzeichnung der Erklärung an dieser besonderen Form der ambulanten ärztlichen Behandlung teilnehmen.

_____

Datum, Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Einwilligungserklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden,

- dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der geplanten Behandlung stehen, von den beteiligten Leistungserbringern verarbeitet und an die Beteiligten des Vertrages unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen,
- dass im Rahmen dieser Vereinbarung eine Dokumentation zur Qualitätssicherung mit anonymisierten Daten erstellt und durch die an diesem Vertrag Beteiligten ausgewertet wird.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis freiwillig erkläre und jederzeit widerrufen kann.

_____

Datum, Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Anlage 7 b

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
BSNR	PT-Nummer	Datum

Praxisstempel/Unterschrift des Psychiaters bzw. Psychotherapeuten

Anhang 7 b
Teilnahmeerklärung Patient
Ausfertigung für die **Praxis**

Teilnahmeerklärung des Patienten/Datenerhebung
zum Vertrag
zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung
von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S in Hamburg

Hiermit erkläre ich,

- dass ich eine Patienteninformation erhalten habe und über den Behandlungsprozess der besonderen ambulanten Versorgung informiert wurde. Insbesondere wurde ich darüber informiert, dass meine Behandlung ausschließlich bei teilnehmenden Vertragspartnern durchgeführt werden kann,
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen wurde sowie darauf, dass ich jederzeit die Teilnahme gegenüber meiner AOK Rheinland/Hamburg widerrufen kann.

Ja, ich möchte mit Unterzeichnung der Erklärung an dieser besonderen Form der ambulanten ärztlichen Behandlung teilnehmen.

_____

Datum, Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Einwilligungserklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden,

- dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der geplanten Behandlung stehen, von den beteiligten Leistungserbringern verarbeitet und an die Beteiligten des Vertrages unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen,
- dass im Rahmen dieser Vereinbarung eine Dokumentation zur Qualitätssicherung mit anonymisierten Daten erstellt und durch die an diesem Vertrag Beteiligten ausgewertet wird.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis freiwillig erkläre und jederzeit widerrufen kann.

_____

Datum, Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Anlage 7 c

Beendete Patiententherapien im Rahmen des AD(H)S Vertrages mit der AOK Rheinland/Hamburg

Bitte mit der Quartalsabrechnung einreichen

BSNR	LANR	Name Leistungs-erbringer	Praxissitz	Name Patient/in	Vorname Patient/in	Geb.-Datum Patient/in	Ende der Behandlung am

Vertragsarztstempel

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Förderung der Qualität der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S als Anlage L zum Gesamtvertrag gemäß § 83 SGB V

Rücksendung auch per Fax möglich: (040) 22 802 420

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon-Nr.		Fax-Nr.
Lebenslange Arzt bzw. Psychotherapeuten-Nr. (LAN)		Betriebsstätten-Nr. (BSNR)
Berufsausübungsgemeinschaft mit:		
Erbringung der beantragten Leistungen an mehreren Standorten:		
E-Mail:		

Ich beantrage die Teilnahme am o. g. Vertrag für Versicherte der AOK als

Gebietsbezeichnung/Fachkunde
Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung

- und erfülle die in § 6 bzw. § 7 des Vertrages genannten Voraussetzungen.

vollständig ☐ noch nicht vollständig ☐
(Die entsprechenden Nachweise liegen dem Antrag bei.)

☐ Ich habe in meiner Praxis nichtärztliches Personal, welches eine Qualifikation für ein AD(H)S-spezifisches Elternseminar erworben hat.

(Die entsprechenden Nachweise liegen dem Antrag bei.)

1. Mir sind die Ziele und Inhalte des o. g. Vertrages unter besonderer Berücksichtigung der Abschnitte 4 (Teilnahme von Ärzten) und 5 (Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement) bekannt.
2. Ich erkläre, dass ich die KV Hamburg unverzüglich darüber informieren werde, wenn ich die Qualitätsanforderungen nicht mehr erfülle.
3. Ich werde darüber hinaus
   - die Teilnahmeerklärungen von Patientinnen/Patienten innerhalb der Frist an die KV Hamburg weiterleiten
   - mindestens dreimal pro Jahr an einem themenbezogenen Qualitätszirkel nach § 8 des Vertrages teilnehmen; eine entsprechende Teilnahmebescheinigung wird von mir vorgelegt
   - die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes bei der Datenverarbeitung personenbezogener Daten beachten.
4. Gleichfalls bin ich mit der Weitergabe meines Namens und meiner Praxisanschrift an die AOK Rheinland/Hamburg einverstanden sowie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an die teilnehmenden Patienten. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der im Vertrag genannten Listen im Internet.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des vorgenannten Vertrages.

Ort/Datum Unterschrift Praxisstempel

Anlage 9

Vergütung

Grundsätzliche Regelungen zur Vergütung

(1) Die Vergütungsregelung dieses Vertrages gilt für die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer nach § 6 Abs. 2 und 3 sowie nach § 7.

(2) Die Vergütung der in diesem Vertrag aufgeführten ärztlichen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

(3) Der an dem Vertrag teilnehmende Leistungserbringer rechnet die nachstehenden Leistungen über die jeweils angegebene Symbolnummer (SNR) für die von ihm im Rahmen des Vertrages behandelten Versicherten über seine LANR/BSNR selbst ab.

(4) Teilnehmende Ärzte können Leistungen im Rahmen dieses Vertrages nur für bei sich eingeschriebenen Versicherten nach § 3 Abs. 1 erbringen und abrechnen. Abweichend hiervon können die teilnehmenden Leistungserbringer die AD(H)S-Zusatzpauschale „Schulungsmodul“ ggf. auch für Versicherte erbringen und abrechnen, die bei anderen Vertragsteilnehmern eingeschrieben sind.

Leistungsinhalte für Ärzte und Psychiater

(1) AD(H)S spezifisches „Diagnostik- und Explorationsmodul“
Leistungsinhalte:

- Exploration der Eltern, der Erziehungsberechtigten und des Patienten
- Durchführung und Auswertung standardisierter Testverfahren
    - Fragebogen zur Erfassung der AD(H)S-Symptomatik bei Eltern und Patienten
    - Fragebogen zur Erfassung komorbider Störungen und von Lebensqualität bei Eltern, Lehrern und Patienten
- Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung während der Exploration und anderer Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung, einschließlich neurologischer und motoskopischer Untersuchung
- Beurteilung des Hör- und Sehvermögens
- Ggf. Labordiagnostik, ggf. EEG, ggf. spezialisierte organische Abklärung (z. B.

Neuropädriatrie)

- Entwicklungsdiagnostik zum Ausschluss umschriebener Entwicklungsstörungen und von Intelligenzabweichungen
- AD(H)S-Assessments
- Erhebung von Informationen aus dem sozialem Umfeld (z. B. Kiga, Schule, Sportvereine, Jugendamt, Jugendzentren) evtl. unter Einschluss von Fragebögen
- Koordinierte und fachübergreifende Versorgung der Versicherten
- Freie Exploration der Lehrer, Erzieher und Therapeuten (auch telefonisch) oder schriftliche Information von Lehrern, Erziehern und Therapeuten (z. B. Zeugnisse)
- Schriftliche Information der an der Behandlung beteiligten Ärzte, Psychiater und Therapeuten
- Abstimmung der Therapieinhalte und Ziele mit den behandelnden Psychotherapeuten (persönlich und telefonisch)
- Erstellung eines Therapieplanes und Festlegung der Therapieziele sowie gemeinsame Rücksprache mit den Eltern und den an der Behandlung beteiligten Ärzten, Psychiatern und Therapeuten
- Krankheits- und situationsbezogene Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson zum Umgang mit der Erkrankung
- Motivation der Eltern und Erziehungsberechtigten zur Anleitung von Lehrern und Erziehern im fachgerechten Umgang mit der Erkrankung
- Es muss ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt vorliegen
- Pro Patient, mindestens 45 Minuten, Symbolnummer 93100 100,00 EUR

Das AD(H)S- „Diagnostik- und Explorationsmodul“ ist einmalig für an dem Vertrag teilnehmende Kinder und Jugendliche mit der Verdachtsdiagnose AD(H)S abrechenbar. Für Kinder und Jugendliche, für die bereits eine gesicherte Diagnose gestellt ist, kann die Pauschale nicht abgerechnet werden.

(2) AD(H)S-Zusatzpauschale „Steuerungs- und Koordinierungsmodul“

Leistungsinhalte:

- Krankheits- und situationsbezogene Anleitung der Lehrer und Erzieher zum Umgang mit der Erkrankung
- Erhebung und Weiterleitung von Informationen aus und in das soziale Umfeld (z. B. Kiga, Schule, Sportvereine, Jugendamt, Jugendzentren)
- Regelmäßiger Austausch mit Lehrern, Erziehern und Therapeuten (auch telefonisch) oder schriftliche Information von Lehrern, Erziehern und Therapeuten (z. B. Zeugnisse)
- Schriftliche Information der an der Behandlung beteiligten Ärzte, Psychiater und

Therapeuten

- Krankheits- und situationsbezogene Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson(en)
- Ggf. Rücksprache mit den behandelnden Psychotherapeuten und Anpassung des Therapieplanes
- Ärztliche Koordination begleitender Maßnahmen mit weiteren Versorgungsstrukturen und -instanzen
- Koordination der Behandlung durch psycho-, ergo- und/oder sprachtherapeutische Einrichtungen und/oder multiprofessionelle Teams
- Konsiliarische Erörterung mit beteiligten Ärzten, Psychiatern, Psychologen bzw. mit dem Hausarzt, vor allem bei Begleiterkrankungen
- Austausch über den Erfolg der vereinbarten Maßnahmen und ggf. Abstimmung und Anpassung des weiteren Therapieverlaufes mit den behandelnden Psychotherapeuten
- Bedarfsgerechte Anpassung des Therapieplanes in Abhängigkeit der Ergebnisse des patientenindividuellen Abschlussberichtes zum Ende der psychotherapeutischen Behandlung
- Datenerhebung und umfassende Dokumentation (Basis-, Folgedokumentation), auch zu Evaluationszwecken
- Erstellen eines ausführlichen Verlaufsberichtes (gemäß Anlage 6)
- Es muss ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt vorliegen
- Pro Patient, mindestens 25 Minuten, 1 x pro Quartal,
  Symbolnummer 93101 50,00 EUR

Die AD(H)S-Zusatzpauschale „Steuerungs- und Koordinierungsmodul“ ist einmal pro Quartal pro teilnehmendem Kind und Jugendlichen abrechenbar.

(3) AD(H)S-Zusatzpauschale „Schulungsmodul“

Leistungsinhalte:

- Die Schulung muss den Anforderungen von „Optimind“, „THOP“ oder dem „Marburger Konzentrationstraining“ entsprechen
- An einer Schulung nehmen bis zu maximal 16 Personen teil
- Maximal 4 Veranstaltungen zu je 4 Stunden pro Patient sind abrechenbar. Die Pauschale ist nur bei nachgewiesener Teilnahme eines Elternteils abrechenbar
- Pro Veranstaltung pro Patient , Symbolnummer 93102 105,00 EUR

Die AD(H)S-Zusatzpauschale „Schulungsmodul“ ist viermal pro teilnehmendem Kind und Jugendlichen abrechenbar.

(4) AD(H)S-Zusatzpauschale „Schulungsmodul“

Leistungsinhalte:

- Die Schulung muss den Anforderungen von „Optimind“, „THOP“ oder dem „Marburger Konzentrationstraining“ entsprechen
- An einer Schulung nehmen bis zu maximal 16 Personen teil
- Maximal 8 Veranstaltungen zu je 2 Stunden pro Patient sind abrechenbar. Die Pauschale ist nur bei nachgewiesener Teilnahme eines Elternteils abrechenbar
- Pro Veranstaltung pro Patient, Symbolnummer 93103 52,50 EUR

Die AD(H)S-Zusatzpauschale „Schulungsmodul“ ist achtmal pro teilnehmendem Kind und Jugendlichen abrechenbar.

Übersicht AD(H)S-Zusatzpauschalen – ärztliche/psychiatrische Leistungen		
Ausführung der Leistungsinhalte	Symbolnummer	Vergütung
AD(H)S spezifisches „Diagnostik- und Explorationsmodul“	93100	100,00 EUR einmalig pro Patient abrechenbar
AD(H)S-Zusatzpauschale „Steuerungs- und Koordinierungsmodul“	93101	50,00 EUR einmal pro Quartal pro Patient abrechenbar
AD(H)S-Zusatzpauschale „Schulungsmodul“ (4x4 Stunden)	93102	105,00 EUR viermal pro Patient abrechenbar
AD(H)S-Zusatzpauschale „Schulungsmodul“ (8x2 Stunden)	93103	52,50 EUR achtmal pro Patient abrechenbar

Leistungsinhalte für Psychotherapeuten

(5) „AD(H)S spezifisches psychotherapeutisches Explorationsmodul“

Leistungsinhalte:

- Exploration der Eltern, der Erziehungsberechtigten und des Patienten
- Durchführung und Auswertung standardisierter Testverfahren
  - Fragebogen zur Erfassung der AD(H)S-Symptomatik bei Eltern und Patienten
  - Fragebogen zur Erfassung komorbider Störungen und von Lebensqualität bei Eltern, Lehrern und Patienten
- Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung während der Exploration und anderer Untersuchungen
- Entwicklungsdiagnostik zum Ausschluss umschriebener Entwicklungsstörungen und von Intelligenzabweichungen
- AD(H)S-Assessments
- Erhebung von Informationen aus dem sozialem Umfeld (z. B. Kiga, Schule, Sportvereine, Jugendamt, Jugendzentren) evtl. unter Einschluss von Fragebögen
- Koordinierte und fachübergreifende Versorgung der Versicherten
- Freie Exploration der Lehrer, Erzieher und Therapeuten (auch telefonisch) oder schriftliche Information von Lehrern, Erziehern und Therapeuten (z. B. Zeugnisse)
- Schriftliche Information der an der Behandlung beteiligten Ärzte, Psychiater und Therapeuten
- Abstimmung der Therapieinhalte und Ziele mit den am Vertrag teilnehmenden Ärzten und Psychiatern (persönlich und telefonisch)
- Erstellung eines Therapieplanes und Festlegung der Therapieziele sowie gemeinsame Rücksprache mit den Eltern und den an der Behandlung beteiligten Ärzten, Psychiatern und Therapeuten
- Krankheits- und situationsbezogene Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson zum Umgang mit der Erkrankung
- Motivation der Eltern und Erziehungsberechtigten zur Anleitung von Lehrern und Erziehern im fachgerechten Umgang mit der Erkrankung
- Es muss ein persönlicher Patienten-Kontakt vorliegen
- Pro Patient, mindestens 50 Minuten, Symbolnummer 93104 50,00 EUR

Das „AD(H)S- Diagnostik- und Explorationsmodul“ ist einmalig für an dem Vertrag teilnehmende Kinder und Jugendliche mit der Verdachtsdiagnose AD(H)S abrechenbar.

Für Kinder und Jugendliche, für die bereits eine gesicherte Diagnose gestellt ist, kann die Pauschale nicht abgerechnet werden.

(6) „AD(H)S-Zusatzpauschale Steuerungs- und Koordinierungsmodul“

Leistungsinhalte:

- Krankheits- und situationsbezogene Anleitung der Lehrer und Erzieher zum Umgang mit der Erkrankung
- Erhebung und Weiterleitung von Informationen aus und in das soziale Umfeld (z. B. Kiga, Schule, Sportvereine, Jugendamt, Jugendzentren)
- Regelmäßiger Austausch mit Lehrern, Erziehern und Therapeuten (auch telefonisch) oder schriftliche Information von Lehrern, Erziehern und Therapeuten (z. B. Zeugnisse)
- Schriftliche Information der an der Behandlung beteiligten Ärzte, Psychiatern und Therapeuten
- Krankheits- und situationsbezogene Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson(en)
- Ggf. Rücksprache mit den behandelnden Ärzten und Psychiatern und Anpassung des Therapieplanes
- Koordination begleitender Maßnahmen mit weiteren Versorgungsstrukturen und -instanzen
- Koordination der Behandlung durch ergo- und/oder sprachtherapeutische Einrichtungen und/oder multiprofessionelle Teams
- Konsiliarische Erörterung mit beteiligten Ärzten, Psychologen bzw. mit dem Hausarzt, vor allem bei Begleiterkrankungen
- Austausch über den Erfolg der vereinbarten Maßnahmen und ggf. Abstimmung und Anpassung des weiteren Therapieverlaufes mit den am Vertrag teilnehmenden Psychotherapeuten
- Bedarfsgerechte Anpassung des Therapieplanes in Abhängigkeit der Ergebnisse des patientenindividuellen Abschlussberichtes zum Ende der psychotherapeutischen Behandlung
- Datenerhebung und umfassende Dokumentation (Basis-, Folgedokumentation), auch zu Evaluationszwecken
- Erstellen eines ausführlichen Verlaufsberichtes (gemäß Anlage 6)
- Es muss ein persönlicher Patienten-Kontakt vorliegen
- Pro Patient, mindestens 20 Minuten, alle 2 Quartale abrechenbar
  Symbolnummer 93105 30,00 EUR

Die „AD(H)S-Zusatzpauschale Steuerungs- und Koordinierungsmodul“ ist zweimal pro Jahr pro teilnehmendem Kind und Jugendlichen abrechenbar.

(7) „AD(H)S-Zusatzpauschale Schulungsmodul“

Leistungsinhalte:

- Die Schulung muss den Anforderungen von „Optimind“, „THOP“ oder dem „Marburger Konzentrationstraining“ entsprechen
- An einer Schulung nehmen bis zu maximal 16 Personen teil
- Maximal 4 Veranstaltungen zu je 4 Stunden pro Patient sind abrechenbar. Die Pauschale ist nur bei nachgewiesener Teilnahme eines Elternteils abrechenbar.
- Pro Veranstaltung pro Patient, Symbolnummer 93106 105,00 EUR

Die „AD(H)S-Zusatzpauschale Schulungsmodul“ ist viermal pro teilnehmendem Kind und Jugendlichen abrechenbar.

(8) „AD(H)S-Zusatzpauschale Schulungsmodul“

Leistungsinhalte:

- Die Schulung muss den Anforderungen von „Optimind“, „THOP“ oder dem „Marburger Konzentrationstraining“ entsprechen.
- An einer Schulung nehmen bis zu maximal 16 Personen teil.
- Maximal 8 Veranstaltungen zu je 2 Stunden pro Patient sind abrechenbar. Die Pauschale ist nur bei nachgewiesener Teilnahme eines Elternteils abrechenbar.
- Pro Veranstaltung pro Patient, Symbolnummer 93107 52,50 EUR

Die „AD(H)S-Zusatzpauschale Schulungsmodul“ ist achtmal pro teilnehmendem Kind und Jugendlichen abrechenbar.

(9) „AD(H)S spezifische Samstagssprechstunde“

Leistungsinhalte:

- Zusätzliche Öffnung der Praxen zur Durchführung von psychotherapeutischen Leistungen für die an diesem Vertrag teilnehmenden Kinder und Jugendlichen an einem festen Termin einmal monatlich samstags für mindestens 5 Stunden.
- Die Sprechstunde zu besonderen Zeiten darf nur abgerechnet werden, wenn mindestens vier an dem Vertrag teilnehmende Kinder und Jugendliche an dem entsprechenden Samstag mit Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie nach den Kapiteln 35.1 und 35.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes behandelt werden.
- Über die Termine informieren teilnehmende Psychotherapeuten die KV Hamburg

rechtzeitig. Die KV Hamburg stellt der AOK eine regionale Übersicht der an den jeweiligen Samstagen geöffneten Praxen zur Verfügung.

- Einmal pro Monat abrechenbar, Symbolnummer 93108 200,00 EUR

Übersicht AD(H)S-Zusatzpauschalen – psychotherapeutische Leistungen		
Ausführung der Leistungsinhalte	Symbolnummer	Vergütung
AD(H)S spezifisches psychotherapeutisches Explorationsmodul	93104	50,00 EUR einmalig pro Patient abrechenbar
AD(H)S-Zusatzpauschale Steuerungs- und Koordinierungsmodul	93105	30,00 EUR zweimal im Jahr pro Patient abrechenbar
AD(H)S-Zusatzpauschale Schulungsmodul	93106	105,00 EUR viermal pro Patient abrechenbar
AD(H)S-Zusatzpauschale Schulungsmodul	93107	52,50 EUR achtmal pro Patient abrechenbar
AD(H)S spezifische Samstagssprechstunde	93108	200,00 EUR einmal pro Monat abrechenbar

Anlage N

**zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse**

**vom 18. April 1996
in der Fassung des 29. Nachtrages vom 11. 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 Hamburg und die gemeinsame Prüfungsstelle vorgesehen sind, die der Frist in § 4 entspricht.

Hamburg, den 09.04.2013

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

Anlage 1 zur Vereinbarung

Datum: _____
Kassennummer: _____
Quartal: _____

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

Anlage O

**zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse**

**vom 18. April 1996
in der Fassung des 31. Nachtrages vom 09. April 2014**

Vereinbarung über die Mitteilung der Feststellung einer Schwangerschaft bei Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg

§ 1 - Teilnahmeberichtigte Vertragsärzte

Teilnahmeberechtigt sind Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Fachärzte für Allgemeinmedizin, die über eine Genehmigung der KV Hamburg gemäß Anwendungsbereich 9.1 (geburtshilfliche Basisdiagnostik) der Anlage I der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) verfügen.

§ 2 - Aufgaben der Vertragsärzte

Der behandelnde Arzt sendet der AOK nach Durchführung der 1. Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge mit Zustimmung der Patientin eine Mitteilung über die Feststellung der Schwangerschaft zu. Hierfür wird der Vordruck "Mitteilung über die Feststellung der Schwangerschaft" (Anlage 1) eingesetzt.

§ 3 - Vergütung

Für das Ausfüllen des Vordruckes vergütet die AOK 5,11 EUR (GOP 99605).

§ 4 - Aufgaben der AOK

Die AOK stellt den teilnehmenden Ärzten die benötigten Vordrucke und Freiumschläge zur Verfügung.

§ 5 - Salvatorische Klausel

Eine etwaige Unwirksamkeit/Nichtigkeit einer Bestimmung dieses Vertrages lässt die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen unberührt. Die unwirksame Bestimmung ist durch eine sinngemäße, wirksame Bestimmung zu ersetzen, die der angestrebten Regelung insbesondere auch in wirtschaftlicher Hinsicht am nächsten kommt.

§ 6 - Schriftform

Änderungen und Ergänzungen des Vertrages bedürfen der Schriftform. Mündliche Vereinbarungen sind nicht getroffen.

§ 7 - Kündigung und Laufzeit

Der Vertrag tritt am 01.04.2014 in Kraft. Er kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.

09.04.2014

Anlage P

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

vom 18. April 1996
in der Fassung des 40. Nachtrages vom 27. November 2015

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

vom 1. Juli 2014

i.d.F. des Nachtrages
mit Wirkung zum 1. Januar 2016

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

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.	96774	15,40 EUR

- nur 1x pro Behandlungsfall abrechenbar - *Die Ziffer 96774 ist nicht zusätzlich zur Ziffer 96773 abrechenbar.*		
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
 	
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.
	96785	5,40 EUR

Empfindlichkeitsprüfung von ätiologisch relevanten Bakterien außer aus **Urin** oder anderen Materialien gegen **mindestens acht**	96786	8,90 EUR

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.		

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:

Anlage Q

**zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der AOK Rheinland/Hamburg
vom 18. April 1996**

in der Fassung des 38. Nachtrages vom 07.09.2015

Vereinbarung zur Sicherstellung und Förderung der Erbringung von Narkosen im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen

Präambel

Ziel dieses Vertrages ist die Sicherstellung und Förderung der ambulanten Versorgung von Patienten mit Narkosen gemäß Abschnitt 5.3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch im Bezirk der KV Hamburg zugelassene Anästhesisten im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen in den Fallgruppen des Abschnitts 5.1. Nr. 8, 1. bzw. 3. Spiegelstrich und/oder Nr. 10 EBM.

§ 1 Anspruchsberechtigte Versicherte

Anspruch auf Leistungen nach diesem Vertrag haben alle Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg, sofern die Voraussetzungen gemäß Abschnitt 5.3. in Verbindung mit Abschnitt 5.1. Nr. 8, 1. bzw. 3. Spiegelstrich und/oder Nr. 10 des EBM vorliegen.

§ 2 Vergütung

(1) Die Leistungen für die Erbringung von Narkosen im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen gemäß Abschnitt 5.3. EBM in den Fallgruppen gemäß Nr. 8, 1. bzw. 3. Spiegelstrich und/oder Nr. 10 des Abschnitts 5.1. EBM (GOP 05330, 05331, 05350) werden nach Maßgabe der jeweils gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung und nach ordnungsgemäßer Kennzeichnung durch die Leistungserbringer gemäß Absatz 2 zu den Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen regionalen EURO-Gebührenordnung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

(2) Die Leistungen sind entsprechend den Fallgruppen der Nr. 8, 1. bzw. 3. Spiegelstrich und/oder Nr. 10 des Abschnitts 5.1. wie folgt zu kennzeichnen:

Fallgruppe nach 5.1. EBM	**GOPn**	**Kennzeichnung**
Kap. 5.1. Nr. 8, 1. Spiegelstrich EBM: „Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, sofern wegen mangelnder Kooperationsfähigkeit und/oder durch den Eingriff bedingt eine andere Art der Schmerzausschaltung nicht möglich ist. Die ICD-Codierung ist mit Begründung anzugeben.“	05330 05331 05350	A A A
Kap. 5.1. Nr. 8, 3. Spiegelstrich EBM: „Eingriffen entsprechend dem Abschnitt 31.2.8 des EBM, sofern eine Behandlung in Lokalanästhesie nicht möglich ist.“	05330 05331 05350	C C C
Kap. 5.1. Nr. 10 EBM: „Außer bei den in der Präambel Nr. 8 und 9 genannten Indikationen können Narkosen gemäß Abschnitt 5.3 im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen oder endoskopischen Untersuchungen der Verdauungswege nur berechnet werden bei Vorliegen von Kontraindikationen gegen die Durchführung des Eingriffs in Lokalanästhesie oder Analgosedierung. Die ICD-Codierung ist mit Begründung anzugeben.“	05330 05331 05350	D D D

§ 3 Abrechnungsverfahren

(1) Die Vergütungen sind über die KV Hamburg abzurechnen. Die Abrechnung und Vergütung der erbrachten Leistungen dieses Vertrages erfolgt nach Maßgabe der jeweils geltenden Abrechnungsregelungen der KV Hamburg. Die KV Hamburg ist berechtigt, die Verwaltungskosten nach der Satzung in der jeweils gültigen Fassung in Abzug zu bringen.

(2) Hinsichtlich der Abrechnung durch die KVH, der Ausweisung im Formblatt 3, der Zahlungstermine, der rechnerischen/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages zwischen den Vertragspartnern. Der Ausweis der Bereinigungsbeträge gem. § 4 erfolgt im Rechnungsbrief und entsprechend der Formblatt-Richtlinien.

§ 4 Bereinigung der Gesamtvergütung

(1) Für die unter § 2 Abs. 1 genannten Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, erfolgt quartalsweise beginnend ab dem I. Quartal 2014 eine nicht basiswirksame Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der AOK Rheinland/Hamburg.

(2) Ausgangspunkt für die Bereinigung eines Quartals, beginnend ab dem I. Quartal 2014, ist die kassenindividuelle morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wie sie sich für das betreffende Quartal nach den Bestimmungen der jeweils gültigen Honorarvereinbarung ergibt.

(3) Der Bereinigungsbetrag wird für das I. bis IV. Quartal 2014 jeweils aus den abgerechneten Brutto-Punktzahlmengen des entsprechenden Quartals des Jahres 2014 für die Leistungen nach § 2 Abs. 1 nach sachlich-rechnerischer Berichtigung ermittelt.

(4) Der nach Absatz 3 für das jeweilige Quartal ermittelte Bereinigungsbetrag wird von der für das entsprechende Quartal maßgeblichen MGV nach Absatz 2 in Abzug gebracht.

(5) Für die Quartale ab I/2015ff. werden die nach den vorstehenden Absätzen ermittelten Bereinigungsbeträge jeweils nach Maßgabe der gültigen Honorarvereinbarungen (basiswirksame Rechenschritte zur Fortentwicklung der GKV-MGV) fortentwickelt und von der für das entsprechende Quartal maßgeblichen MGV in Abzug gebracht.

(6) Bei der Umsetzung der vorstehenden Bereinigungsregelung ist mit Wirkung ab dem IV. Quartal 2015 die Reduktion des Leistungsumgangs durch die Streichung der GOPn 05330B, 05331B, 05350B aufgrund des Nachtrages vom 07.09.2015, zu berücksichtigen.

§ 5 Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.

§ 6 Salvatorische Klausel

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

§ 7 Laufzeit und Kündigung

(1) Der Vertrag tritt mit Wirkung zum 01.01.2014 in Kraft.

(2) Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende, frühestens zum 31.12.2016, gekündigt werden.

07.09.2015

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 genehmigungsbedürftigen 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 Belegkrankenhaus 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 Beträge 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 morbiditätsbedingten 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 Haus-und 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 § 87 d 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: (Beschluss Teil B Ziffer 1.6 EBA 2.9.09)	**Ergebnis 2. x 1,0510**
4. Multiplikation Nr. 3 mit Veränderungsrate 2009/2010: (Beschluss Teil B Ziff. 2.3.3 EBA 2.9.09)	**Ergebnis 3. x 1,016616**
5. Multiplikation Nr. 4 mit Steigerungsrate 2009/2010 (Beschluss Teil B Ziff. 3.3 EBA 2.9.09)	**Ergebnis 4. x 1,003357**
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 218, 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 Sitzungsniederschrift 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 ~~2,083 %~~ 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 ~~2,083 %~~ 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 Landesschiedsamt 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 Abteilungsquote 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

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 ARZTRG67aKA-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 ANZVER87o4 bzw. ANZVER67a 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 basiswirksam um den Betrag reduziert, der sich aus dem Produkt aus 0,455 Punkten je Versicherten und der Versichertenzahl des 1. Quartals 2012 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 431.032,00 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.~~15~~ 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,

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 01633 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 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 M~~ 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);

9

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 ~~unentbehrlich~~, 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 Sachkosten 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 Art des Medizinprodukts, der/Vorsicherts 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 ~~288. 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 rechtsgültiges 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 rechtsgültiges 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.

18

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.

Der 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

Honorarvereinbarung vom 27. November 2013
in der Fassung des
3. Nachtrages vom 02. Oktober 2014

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**

- 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 2014

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitlich 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) beträgt 10,3410 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 2,083 % erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 10,1300 Cent als Orientierungswert.

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 EBA-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. 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 Behandlungen 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 0,4866 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.

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 § 95 d 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 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

Anlage 2

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. EBA 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

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 Rechungsprüfung 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 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 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.

Honorarvereinbarung 2015 vom 2. Oktober 2014

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 GEK
- DAK – Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- Handelskrankenkasse (hkk)

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird folgende

Honorarvereinbarung 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) beträgt 10,4858 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 2,083 % (0,2140 Cent) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 10,2718 Cent als Orientierungswert.

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 Veränderungs-

raten 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 Regelung 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. 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 (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 0,3418 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 § 95 d 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

Anlage 2

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

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.

Honorarvereinbarung 2016 vom 25. April 2016

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 GEK
- DAK – Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- Handelskrankenkasse (hkk)

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird folgende

Honorarvereinbarung 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) beträgt 10,6535 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 2,083 % (0,2174 Cent) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 10,4361 Cent als Orientierungswert.

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) 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.

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, 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, 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 Punktzahl 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 Ziffer 2.2.1.2 auf 1,0 festgesetzt.

3.3. Im Anschluss daran erfolgt gemäß Ziffer 2.2.1.3 des BA-Beschlusses (333. Sitzung Beschluss Teil A) 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) 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.

3.6. 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 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. (E)BA Teil A reduziert. Die kassenspezifisch abzuziehenden Punktmengen werden quartalsbezogen nach den Vorgaben des 43. EBA 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.

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) 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. 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, 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 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 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 3 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. 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“).

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 0,1741 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 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) 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. 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 ± 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		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

13.	Anpassung Versichertenzahl: = (11 + 12) / (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) * (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.

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.

Honorarvereinbarung 2017vom 25. April 2016

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 GEK
- DAK – Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- Handelskrankenkasse (hkk)

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird folgende

Honorarvereinbarung 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.

Den Vertragspartner ist aufgrund der als 2-Jahresvertrag angelegten Honorarvereinbarung 2016 und 2017 bewusst, dass zum Zeitpunkt der Einigung noch nicht alle für die Umsetzung der Honorarvereinbarung für das Jahr 2017 notwendigen gesetzlichen und/oder untergesetzlichen Vorgaben, zu denen insbesondere die Beschlüsse des (E)BA und etwaige Durchführungsempfehlungen gehören, existieren. Vor diesem Hintergrund sind sich die Vertragspartner darin einig, dass alle im Folgenden verwendeten Regelungen und Werte, die mit „xxx“ gekennzeichnet sind, einer Regelung durch einen Nachtrag zugeführt werden, sobald die hierfür notwendigen gesetzlichen und/oder untergesetzlichen Vorgaben bekannt sind. Wenn und soweit Änderungen in der in Ziffer 3. dieser Vereinbarung beschriebenen Ermittlung der MGV durch zwingend zu beachtende gesetzliche und/oder untergesetzliche Vorgaben notwendig werden, sind diese ebenfalls Gegenstand eines Nachtrages zu dieser Vereinbarung.

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) beträgt xxx Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 2,083 % (xxx Cent) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von xxx Cent als Orientierungswert.

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 3.9. sowie den Vorgaben und Empfehlungen der BA-Beschlüsse (333. Sitzung unbefristeter Beschluss Teil A) 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 333. Beschlusses Teil A des BA.

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, 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 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 333. BA Ziffer 2.2.1.2 auf 1,0 festgesetzt.

3.3. Im Anschluss daran erfolgt gemäß Ziffer 2.2.1.3 des BA-Beschlusses (333. Sitzung Beschluss Teil A) 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) 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.

3.6. 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 bzw. ANZVER87a ausgewiesenen Personengruppen erfolgt dabei in Anwendung der für die jeweilige Krankenkasse zutreffenden gesamtvertraglichen Regelung.

3.7. Bis einschließlich dem Quartal 2/2017 wird der kassenspezifische Behandlungsbedarf gemäß Ziffer 3.6. 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 3.6. auf die einzelnen Kassen aufgeteilt und kassenspezifisch in Abzug gebracht.

3.8. 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) fortzuentwickeln:

Berücksichtigung der Morbiditätsveränderung gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gem. des BA-Beschlusses (xxx. BA am xxx). Dabei erfolgt die Gewichtung der gemäß BA-Beschluss berechneten Veränderungsraten zu 50 % anhand der Demografie (xxx % * 50 % = xxx %) und zu 50 % anhand der Diagnosen (xxx % * 50 % = xxx %). Der Aufsatzwert wird damit um xxx % erhöht.

3.9.
(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 Ziffer 4.7 in Verbindung mit dem 363. BA (schriftliche Beschlussfassung) auf eine Bereinigung verzichten können.

3.10.
(1) Abhängig von den Ergebnissen der Verhandlungen nach § 87a Abs. 4a SGB V („Konvergenz“) wird der Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.9. wie folgt weiter angepasst:

a) 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 Landesschiedsamts ergibt, den Betrag von 7 Mio. EUR nicht unterschreiten, ist die Anpassung des Behandlungsbedarfs mit Ziffer 3.9. abgeschlossen.

b) 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 Landesschiedsamts ergibt, den Betrag 7 Mio. EUR unterschreiten, erfolgt eine weitere Anpassung des Behandlungsbedarfs nach Ziffer 3.9. in Höhe des Differenzbetrags zwischen 7 Mio. EUR und dem Konvergenzbetrag. Die Anpassung des Behandlungsbedarfs erfolgt nach Maßgabe der folgenden Regelungen.

(2) Für die kassenspezifische Umsetzung der vorgenannten Regelung wird der Differenzbetrag gleichmäßig auf vier Quartale aufgeteilt, durch Division durch den regionalen Punktwert gemäß Ziffer 2 in Punkte umgerechnet und gemäß der kassenindividuellen Inanspruchnahme der Leistungen nach Absatz 3 dieser Ziffer im Vorjahresquartal auf die einzelnen Kassen aufgeteilt. Der so ermittelte quartalsbezogene kassenspezifische Steigerungsbetrag wird dem nach Maßgabe der Ziffern 3.1. bis 3.9. ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarf hinzuaddiert. Die so entstehende Steigerung des Behandlungsbedarfs ist basiswirksam für die Jahre ab 2018.

(3) Der o.g. Differenzbetrag wird dabei

- in Höhe von 42,8571 % für die Förderung der Behandlung chronischer Patienten nach den GOP 03220 und 04220 EBM,
- in Höhe von 7,1429 % für die Förderung der sozialpädiatrisch orientierten eingehenden Beratung nach der GOP 04355 EBM und
- in Höhe von 50,00 % für die Förderung der Erbringung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) nach dem EBM verwendet.

(4) Zusammen mit der Erhöhung der MGV durch die Konvergenz ergibt sich damit eine Steigerung der MGV von mindestens 7 Mio. EUR.

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 3.4. 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:

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, 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 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, 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“).

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 xxx 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 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 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 2017 vom 25.04.2016

Anlage 1

zur Honorarvereinbarung 2017

Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg

wird noch ausgeführt

Honorarvereinbarung 2017 vom 25.04.2016

<u>Anlage 2</u>

zur Honorarvereinbarung 2017

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß Beschluss des BA (333. 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.	Anpassung auf geänderte MGV/EGV-Abgrenzung: Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.2. der Honorarvereinbarung
3.	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung 2017 (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 ± 3 - 4

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

		a) GKV-weit	b) Einzelkasse
6.	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.		
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 2016 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		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

13.	Anpassung Versichertenzahl: = (11 + 12) / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des entspr. Quartals 2016) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a des entspr. Quartals 2017)
14.	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 13 + [(durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten im entsprechenden Quartal 2016 gem. 2.2.3 333., BA) * (ANZVER87a im entsprechenden Quartal 2017 – ANZVER87a im entsprechenden Quartal 2016)]
15.	Bis 30.06.2017: Abzug aufgrund der Überarbeitung der humangenetischen Leistungen gemäß Ziffer 3.7. der Honorarvereinbarung = 14 - Punktzahl Absenkung
16.	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate (gem. Ziffer 3.8. der Honorarvereinbarung): = 15 + (15 * xxx%)
17.	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen gemäß Ziffer 3.9. der Honorarvereinbarung (negativ oder positiv)
18.	Falls Konvergenzbetrag kleiner als 7 Mio. Euro: Anpassung des Behandlungsbedarfs in Höhe des Differenzbetrags von 7 Mio. Euro zum Konvergenzbetrag gemäß Ziffer 3.10. der Honorarvereinbarung Betrag nach Ziffer 3.10 der Vereinbarung.
19.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert gem. Ziffer 2. der Honorarvereinbarung: = (16 ± 17 + 18) * xxx = 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.

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 § 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 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 2017 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.

Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes

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**,

den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Hamburg**

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

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
39. Nachtrags zum Gesamtvertrag der AOK Rheinland/Hamburg,
38. Nachtrags zum Gesamtvertrag des BKK Landesverbandes Nordwest,
35. Nachtrags zum Gesamtvertrag der IKK classic und
des 43. Nachtrags zum Gesamtvertrag der Ersatzkassen in Hamburg

gemäß §§ 63, 73b, 140a SGB V
im Falle KV-bereichsübergreifender
Inanspruchnahme
in der Fassung
des Nachtrages vom 09.09.2015

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

Präambel

Die Vertragspartner schließen mit Wirkung für die von den rubrizierenden Vertragspartnern vertretenen Krankenkassen für den Zeitraum vom 01.01.2016 bis 31.12.2016 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 360. Sitzung am 19. August 2015

- Bereinigungsbeschluss für 2016 -

(im Folgenden 360. BA) mit Wirkung ab dem I. Quartal 2016 bis einschließlich des IV. Quartal 2016. 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 fasst, 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 1. Januar 2016 in Kraft und endet, ohne dass es hierfür einer Kündigung bedarf, am 31.12.2016.

§ 3
Besonderheiten für vorläufige Bereinigungen

Die Vertragspartner sind sich einig, das etablierte Verfahren für die vorläufige Bereinigung bei Bedarf auch für 2016 anzuwenden. Das Verfahren ist in der Protokollnotiz zu dieser Vereinbarung geregelt.

§ 4
Inanspruchnahme des Kollektivsystems

(1) Erfolgt gemäß des 360. BA 4./4.1/Nr. 3 und Nr. 7 durch in Selektivverträgen eingeschriebene Versicherte eine Inanspruchnahme von selektivvertraglich vereinbarten Leistungen gemäß Satzart L08 (Versorgungsauftrag gem. EBM des Bereinigungsquartals), 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 360. BA 4./4.1/Nr. 3 vereinbart (NVI-Abschläge). Die monatlichen Abschläge betragen x % des Betrages, der von der Krankenkasse für das jeweilige Vorjahresquartal an die KVH gezahlt wurde. Hierbei ergibt sich der anzuwendende Prozentsatz aus dem zutreffenden Gesamtvertrag mit der KVH. Dabei werden die von der KVH geltend gemachten Beträge nachrichtlich im Formblatt 3 ausgewiesen. Die Abschläge werden zu den Zeitpunkten an die KVH 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 Absatz 4 gilt entsprechend.

§ 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 360. BA 4.5 verbindlich anzuwenden. In Konkretisierung des 360. 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 gem. 5.4.1 Punkt a) sowie ggf. Punkt 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 in den vier Quartalen in 2015 zusätzlich auch die in den jeweiligen Ziffernkränzen genannten Laborleistungen des Kapitels 32 EBM 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 „01“, „02“ oder „03“ 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 Leistungsbedarfs der Quartale 1-4/2016 erfolgt anhand der Abrechnungsquartale und nicht anhand des Behandlungsdatums.

(6) Zur Ermittlung des Leistungsbedarfs je Versicherten bei Hausarztverträgen nach § 73 b SGB V werden ausschließlich Leistungen herangezogen, die von den Ärzten gem. § 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“ sowie mit Ausnahme der Ersatzkassen und der AOK Rheinland/Hamburg „34“ bis „39“ oder „46“ aufweisen.

(7) Der für die Krankenkassen ermittelte quartalsbezogene Gesamtbereinigungs- bzw. Rückbereinigungsbetrag 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.

§ 6
Datenlieferung

(1) Hinsichtlich der Datenlieferungen für Bereinigungen ab dem 1. Quartal 2016 findet der 360. BA und die darin konkret in Bezug genommenen Beschlüsse Anwendung. Mit umfasst ist hiervon insbesondere die Anlage „Datenschnittstellen“ zum 360. BA.

(2) Abweichend vom 360. BA Ziffer 4.2 Nr. 5 Satz 1 beträgt die Frist zur Übermittlung der Quartalsdaten 5 Wochen. Die zusätzliche vorläufige Datenlieferung gem. 360. BA Ziffer 4.2 Nr. 5 Satz 2 entfällt. Erfolgt keine fristgerechte Lieferung der Daten an die KV Hamburg entsprechend der Beschlüsse, findet eine Bereinigung für das betreffende Quartal nicht statt.

(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 gem. EBM des Vorjahresquartals) aufgeführt sind.

(5) Die Prüffrist gem. 360. BA Ziffer 5.1 Satz 3 und Satz 4 beträgt abweichend 14 Kalendertage.

§ 7
Fortentwicklung des Vertrages

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

Hamburg, den 09.09.2015

Protokollnotiz

Die Partner dieses Bereinigungsvertrages stimmen darin überein, dass die vorläufige Bereinigung und Spitzabrechnung für Bereinigungsquartale ab dem 2. Quartal 2015 auch in 2016 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-L10 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. Hierzu hat die Krankenkasse, soweit notwendig, eine weitere Datenlieferung zu veranlassen.

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.