

**Vertrag über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen
Versorgung in Notfällen vom 01.07.2025 in der jeweils gültigen
Fassung gemäß § 105 Abs. 1b SGB V**

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

und

der **AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse,**
dem **BKK-Landesverband**
NORDWEST,
der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)**
als **Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),**
der **IKK classic,**
der **KNAPPSCHAFT,**
den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Hamburg**

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

**Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das
Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.**

§ 1 Notfallbehandlung im Rahmen des Arztrufes Hamburg (ARH)

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) gemäß § 75 Abs. 1, Abs. 1b SGB V erfolgt durch den Arztruf Hamburg (ARH). Das Nähere hierzu regelt die Notfalldienstordnung (NDO) der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg vom 16. Juni 2005 in der jeweils gültigen Fassung. Die Notdienstordnung vom 2. April 2025 tritt nach ihrer Veröffentlichung ab 3. April 2025 an die Stelle der vorgenannten Notdienstordnung. Die Bestimmungen des Bundesmantelvertrags Ärzte (BMV-Ä) bleiben unberührt. Im Übrigen gelten, soweit dieser Vertrag nichts Anderes regelt, die Bestimmungen des Gesamtvertrages, des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sowie des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM).

§ 2 Vorgaben für den Formularsatz in Papierform

(1) Zwischen den Vertragsparteien wird der als **Anlage 1** beigefügte Formularsatz auf selbstdurchschreibendem Papier, bestehend aus

Teil A: Mitteilung für den behandelnden Arzt

Teil B: Abrechnungsschein

Teil C: Notfallprotokoll

als Bestandteil des Vertrages vereinbart. Er gilt für alle Beratungen und Arztbesuche im Rahmen des ärztlichen Besuchsdienstes (§ 2 Abs. 1 Buchst. a) NDO). Mit Wirkung ab dem 1. Juli 2025 wird die Verwendung der in Anlage 2 vereinbarten Abrechnungsscheine durch die Regelung in § 3 alternativ ergänzt.

(2) Der Abrechnungsschein gilt als auf die Abrechnung der Notfallbehandlung beschränkter Behandlungsausweis. Demgemäß kann der Notfallarzt eine Privatvergütung nur fordern, wenn

a) ihm eine Krankenkasse als Kostenträger nicht angegeben wird oder

b) ihm nachträglich mitgeteilt wird, dass die angegebene Krankenkasse nicht leistungspflichtig ist.

(3) Das Notfallprotokoll (Teil C des Formularsatzes) muss der Notfallarzt mindestens für die Dauer von 10 Jahren nach Schluss des Kalendervierteljahres, in dem die Notfallbehandlung erfolgte, aufbewahrt werden.

(4) Die Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt (Teil A des Formularsatzes) soll der Notfallarzt dem Patienten zur Weiterleitung an diesen überreichen. Sollte der Notfallarzt in besonderen Fällen eine Übersendung per Post für angebracht halten, ist die Mitteilung an den weiterbehandelnden Arzt in einem frankierten Umschlag noch am selben Tag in einen Briefkasten zu werfen.

§ 3 Vorgaben für den digitalen Formularsatz

Mit Wirkung ab dem 1. Juli 2025 werden die Regelungen in § 2 Absätze 1 bis 4, § 4 Absätze 5 und 6 durch die nachfolgende Regelung alternativ ergänzt:

Die Vertragsparteien verständigen sich, dass auf den Formularsatz in Papierform (§ 2 Abs. 1, § 4 Absätze 5 und 6) verzichtet wird, soweit die nachfolgenden Dokumente

Teil A: Dokumentationskarte bzw. „KVH-Informationskarte“ mit entsprechenden Möglichkeiten, papierhafte Dokumente zu erzeugen

Teil B: Abrechnungsschein (In der entsprechenden Software digital gespeichert, auch als PDF zum Zwecke der unveränderlichen Dokumentation)

Teil C: Notfallprotokoll (In der entsprechenden Software digital gespeichert, auch als PDF zum Zwecke der unveränderlichen Dokumentation)

in elektronischer Form Verwendung finden. Sie gelten für alle Dienstarten des Arztruf Hamburgs (ARH) gemäß § 2 der Notdienstordnung Hamburg (NDO). Die KVH ist für die Einhaltung aller datenschutzrechtlichen Regeln bei der Erzeugung und Übermittlung der in diesem Paragraphen beschriebenen elektronischen Dokumente verantwortlich. Die Dokumente Teil A – C sind in Anlage 4 musterhaft abgebildet.

§ 4 Abrechnung

(1) Abweichend von § 1 Satz 5 erhält die KVH von der zuständigen Krankenkasse anstelle der Wegeentschädigung für jeden Abrechnungsschein einen Pauschalbetrag von 15,25 € (GOP 99002B).

(2) Der Pauschalbetrag nach Absatz 1 wird nicht für Besuche eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Altenheime) gezahlt. Das gilt jedoch nicht für Altenwohnungen, die unter Bezeichnungen wie Altersheime, Stifte und dergleichen zusammengefasst sind.

(3) Die zuständige Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten der Notfalldienstzentrale der KVH mit einem Betrag von 1,19 € (GOP 99002C) und an den Kosten der Notfallpraxen der KVH mit einem Betrag von 2,82 € (GOP 99002A) je Abrechnungsschein.

(4) Die Krankenkassen tragen die Kosten der mit diesem Vertrag vereinbarten Vordrucke in Papierform (Anlagen 1 bis 3).

(5) Die Leistungen der Notfallpraxen der KVH werden mit dem als **Anlage 2** vereinbarten Abrechnungsschein von der KVH mit den zuständigen Kostenträgern nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages und des EBM abgerechnet. Mit Wirkung ab dem 1. Juli 2025 wird die Verwendung des in der Anlage 2 vereinbarten Abrechnungsscheines durch die Regelung in § 3 alternativ ergänzt.

(6) Leistungen im Rahmen des Kinderärztlichen Notdienstes werden mit dem als **Anlage 3** vereinbarten Abrechnungsschein von der KVH mit den zuständigen Kostenträgern nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages und des EBM

abgerechnet. Mit Wirkung ab dem 1. Juli 2025 wird die Verwendung des in der Anlage 3 vereinbarten Abrechnungsscheines durch die Regelung in § 3 alternativ ergänzt.

§ 5 Notfallbehandlungen außerhalb des Arztrufes Hamburg (ARH)

(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.

(2) Notfalleleistungen der Krankenhäuser sind nicht als ambulante Notfallbehandlungen berechnungsfähig, wenn sich die Notwendigkeit der stationären Aufnahme ergibt und diese am gleichen Tag bzw. für die gleiche Behandlung im Krankenhaus, das auch die Notfallambulanz betreibt, in der die Notfallbehandlung erbracht wurde, erfolgt.

§ 6 Schlussbestimmungen

(1) Dieser Vertrag tritt mit Wirkung ab 1. Juli 2025 in Kraft. Er ersetzt die Verträge über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen vom 13.03.2006 in der jeweils gültigen Fassung gemäß § 105 Absatz 1b SGB V.

(2) Der Vertrag kann jeweils mit einer Frist von sechs Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres mit eingeschriebenem Brief gekündigt werden.

(3) 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.

(4) Wenn und soweit durch zukünftige Gesetzgebungsverfahren bzw. Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen zentrale Bestimmungen dieses Vertrags berührt werden, wird den Vertragspartnern ein Sonderkündigungsrecht von drei Wochen zum Schluss eines Kalenderquartals mit eingeschriebenem Brief eingeräumt. Die Vertragspartner bekunden die Bereitschaft, unverzüglich durch Aufnahme von Vertragsverhandlungen zusammenzutreten und etwaigen Verpflichtungen aus dem Gesetzgebungsverfahren nachzukommen.

(5) Die Vertragspartner überführen die Anlage 5, die sie als „Fördervereinbarung“ anlässlich der Verhandlungen zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2022 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2022 vereinbart und den Verträgen über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen vom 13.03.2006 in der jeweils gültigen Fassung gemäß § 105 Abs. 1b SGB V zugeführt haben, in diesen Vertrag.

Hamburg, den 24.06.2025

.....
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

.....
AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

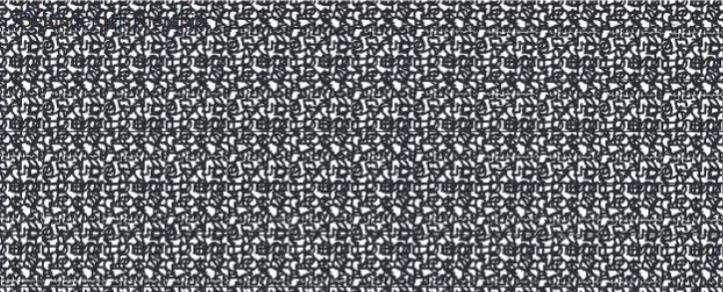
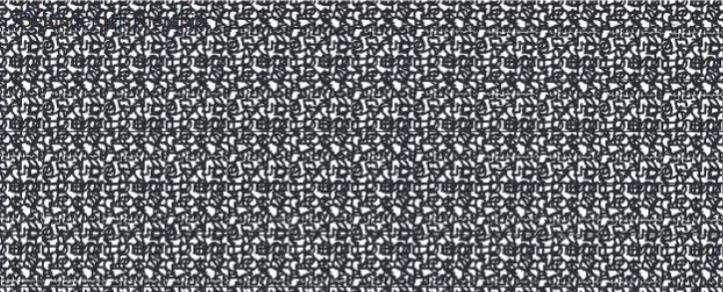
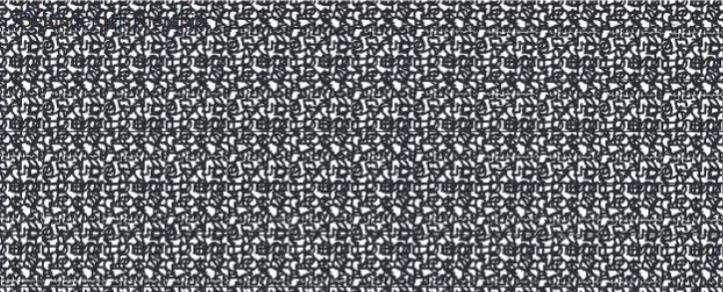
.....
BKK-Landesverband NORDWEST
zugleich für die SVLFG als LKK

.....
IKK classic

.....
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Nord, Hamburg

.....
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

Teil B: Abrechnungsschein

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten geb. am</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">Kostenträgerkennung</td> <td style="width: 33%;">Versicherten-Nr.</td> <td style="width: 33%;">Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <p>(Besuchsanschrift [wenn abweichend])</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert</td> </tr> <tr> <td>Datum</td> <td>Unterschrift des Versicherten</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG)</p> <p>Zutreffendes im entsprechenden Kästchen <input type="checkbox"/> ankreuzen</p> <p>Tag der Behandlung _____</p> <p>Stempel und Unterschrift des Notfallarztes _____</p>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert		Datum	Unterschrift des Versicherten	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Zeit der Behandlung</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Sonderabrechnungsschein für zentralen Notfalldienst</td> </tr> <tr> <td>Uhrzeit: _____</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Abrechnungsdiagnose _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ICD _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">EBM</td> <td style="text-align: center;">Nr.</td> <td style="text-align: center;">andere Leistungen</td> </tr> <tr> <td>Notfallpauschale zwischen 07.00 und 19.00 Uhr</td> <td style="text-align: center;">01210</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Notfallpauschale • zwischen 19.00 und 07.00 Uhr • ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.</td> <td style="text-align: center;">01212</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Besuch im organisierten Not(-fall)dienst</td> <td style="text-align: center;">01418</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Besuch eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie)</td> <td style="text-align: center;">01413</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Die Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt ist nicht abrechnungsfähig.</td> </tr> </table>	Zeit der Behandlung	Sonderabrechnungsschein für zentralen Notfalldienst		Uhrzeit: _____			Abrechnungsdiagnose _____			ICD _____			EBM	Nr.	andere Leistungen	Notfallpauschale zwischen 07.00 und 19.00 Uhr	01210		Notfallpauschale • zwischen 19.00 und 07.00 Uhr • ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.	01212		Besuch im organisierten Not(-fall)dienst	01418		Besuch eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie)	01413					Die Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt ist nicht abrechnungsfähig.		
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																																		
Name, Vorname des Versicherten geb. am																																																		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																																
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																																
Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert																																																		
Datum	Unterschrift des Versicherten																																																	
Zeit der Behandlung	Sonderabrechnungsschein für zentralen Notfalldienst																																																	
Uhrzeit: _____																																																		
Abrechnungsdiagnose _____																																																		
ICD _____																																																		
EBM	Nr.	andere Leistungen																																																
Notfallpauschale zwischen 07.00 und 19.00 Uhr	01210																																																	
Notfallpauschale • zwischen 19.00 und 07.00 Uhr • ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.	01212																																																	
Besuch im organisierten Not(-fall)dienst	01418																																																	
Besuch eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie)	01413																																																	
																																																		
Die Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt ist nicht abrechnungsfähig.																																																		

Teil C: Notfallprotokoll

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <p>_____ (Besuchsanschrift [wenn abweichend])</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert</td> </tr> <tr> <td>Datum</td> <td>Unterschrift des Versicherten</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG)</p> <p>Zutreffendes im entsprechenden Kästchen <input type="checkbox"/> ankreuzen</p> <p>_____ Tag der Behandlung</p> <p>_____ Stempel und Unterschrift des Notfallarztes</p>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert		Datum	Unterschrift des Versicherten	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">Zeit der Behandlung</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Dokumentation für den Arzt</td> </tr> <tr> <td>Uhrzeit: _____</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Abrechnungsdiagnose _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ICD _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">EBM</td> <td style="text-align: center;">Nr.</td> <td style="text-align: center;">andere Leistungen</td> </tr> <tr> <td>Notfallpauschale zwischen 07.00 und 19.00 Uhr</td> <td style="text-align: center;">01210</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Notfallpauschale • zwischen 19.00 und 07.00 Uhr • ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.</td> <td style="text-align: center;">01212</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Besuch im organisierten Not(-fall)dienst</td> <td style="text-align: center;">01418</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Besuch eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie)</td> <td style="text-align: center;">01413</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Befunde der Therapie: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">_____</td> </tr> </table>	Zeit der Behandlung	Dokumentation für den Arzt		Uhrzeit: _____			Abrechnungsdiagnose _____			ICD _____			EBM	Nr.	andere Leistungen	Notfallpauschale zwischen 07.00 und 19.00 Uhr	01210		Notfallpauschale • zwischen 19.00 und 07.00 Uhr • ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.	01212		Besuch im organisierten Not(-fall)dienst	01418		Besuch eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie)	01413		Befunde der Therapie: _____			_____			_____			_____			_____			_____		
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																																														
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																																												
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																																												
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																																												
Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert																																																														
Datum	Unterschrift des Versicherten																																																													
Zeit der Behandlung	Dokumentation für den Arzt																																																													
Uhrzeit: _____																																																														
Abrechnungsdiagnose _____																																																														
ICD _____																																																														
EBM	Nr.	andere Leistungen																																																												
Notfallpauschale zwischen 07.00 und 19.00 Uhr	01210																																																													
Notfallpauschale • zwischen 19.00 und 07.00 Uhr • ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.	01212																																																													
Besuch im organisierten Not(-fall)dienst	01418																																																													
Besuch eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie)	01413																																																													
Befunde der Therapie: _____																																																														

Die Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt ist nicht abrechnungsfähig. Teil C (01.2015)

Anlage 2 Abrechnungsschein für die Leistungen der Notfallpraxen

		DOKUMENTATION			
		über die Behandlung in einer Notfallpraxis der KVH		Datum:	Quartal:
Hausarzt:		Pat. ID		Uhrzeit:	
Anamnese:		Zeit	RR	Puls	SPO ₂
Labor:					
EKG:					
rechtfertigende Indikation:		Temp:			
Röntgen:		rec:		ax:	
Befund:		<input type="radio"/> Arbeitsunfähigkeit:			
Diagnose:		<input type="radio"/> Tetanol			
		<input type="radio"/> Tetagam			
		<input type="radio"/> TD			
		<input type="radio"/> Tetanusschutz besteht			
		<input type="radio"/> Tetanusschutz abklären			
Therapie:	neurolog. Status:	Abrechnung:			
	Mot.:				
Verordnung:	Refl.:				
	Sens.:				
DHA: 1.	Augen/Chir.-Orth/HNO/Kinder:				
2.	Dr.				

		MITTEILUNG		Datum:	
		über die Behandlung in einer Notfallpraxis der KVH		Quartal:	
		Hausarzt:		Uhrzeit:	
				Pat. ID	
Anamnese:		Zeit	RR	Puls	SPO₂
Labor:					
EKG:					
rechtfertigende Indikation:		Temp:			
Röntgen:		rec:		ax:	
Befund:		<input type="radio"/> Arbeitsunfähigkeit:			
		<input type="radio"/> Tetanol			
		<input type="radio"/> Tetagam			
Diagnose:		<input type="radio"/> TD			
		<input type="radio"/> Tetanusschutz besteht			
Therapie:		<input type="radio"/> Tetanusschutz abklären			
		Abrechnung:			
Verordnung:		neurolog. Status:			
		Mot.:			
		Refl.:			
		Sens.:			

Muster

DHA: 1.
2.

Augen/Chir.-Orth/HNO/Kinder:
Dr.

MITTEILUNG

über die Behandlung in einer
Notfallpraxis der KVH

Datum:

Quartal:

Uhrzeit:

Hausarzt:

Pat. ID

Anamnese:

Zeit

RR

Puls

SPO₂

Labor:

EKG:

rechtfertigende Indikation:

Röntgen:

Temp:

rec:

ax:

Befund:

Arbeitsunfähigkeit:

Diagnose:

Tetanol

Tetagam

TD

Tetanusschutz besteht

Tetanusschutz abklären

Therapie:

neurolog. Status:

Abrechnung:

Mot.:

Verordnung:

Refl.:

Sens.:

DHA: 1.

2.

Augen/Chir.-Orth/HNO/Kinder:

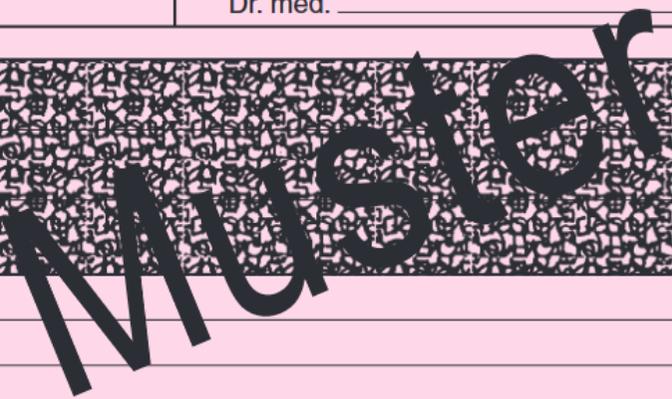
Dr.

Muster

Anlage 3 Abrechnungsschein für die Leistungen des Kinderärztlichen Notdienstes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		<h2>DOKUMENTATION</h2> <p>über die Behandlung im Kinderärztlichen Notfalldienst</p> <input type="checkbox"/> Harburg <input type="checkbox"/> Altona <input type="checkbox"/> Wilhelmstift <input type="checkbox"/> Heidberg	Quartal _____ /20 _____
Name, Vorname des Versicherten			
geb. am _____			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Hausarzt
			Dr. med. _____
Befunde/Therapie			<input type="checkbox"/> Tetanol i. m. <input type="checkbox"/> Tetagam i. m. <input type="checkbox"/> Tetanus-Schutz vorhanden <input type="checkbox"/> Tetanus beim HA abklären
Diagnose			<input type="checkbox"/> Stationäre Einweisung
Tag	Abrechnung		
Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert _____ Datum Unterschrift des Versicherten			
Dokumentation für die Ambulanz		Stempel und Unterschrift des Notfallarztes _____	
Teil A (10.2000)			

Muster

Krankenkasse bzw. Kostenträger		<h1>DOKUMENTATION</h1> <h2>über die Behandlung im Kinderärztlichen Notfalldienst</h2> <p> <input type="checkbox"/> Harburg <input type="checkbox"/> Altona <input type="checkbox"/> Wilhelmstift <input type="checkbox"/> Heidberg </p>	Quartal _____ /20 _____
Name, Vorname des Versicherten			
geb. am			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
Hausarzt			
Dr. med. _____			
Befunde/Therapie			
			<input type="checkbox"/> Tetanol i. m. <input type="checkbox"/> Tetagam i. m. <input type="checkbox"/> Tetanus-Schutz vorhanden <input type="checkbox"/> Tetanus beim HA abklären
Diagnose			
			<input type="checkbox"/> Stationäre Einweisung
Tag	Abrechnung		

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert	
Datum _____	Unterschrift des Versicherten _____

**Nicht zu verwenden
bei Arbeitsunfällen,
Berufskrankheiten
und Schülerunfällen**

Stempel und Unterschrift des Notfallarztes
Teil B (10.2000)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		<h2>DOKUMENTATION</h2> <h3>über die Behandlung im Kinderärztlichen Notfalldienst</h3> <input type="checkbox"/> Harburg <input type="checkbox"/> Altona <input type="checkbox"/> Wilhelmstift <input type="checkbox"/> Heidberg	Quartal _____ /20 _____
Name, Vorname des Versicherten			
geb. am _____			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Hausarzt
			Dr. med. _____
Befunde/Therapie			<input type="checkbox"/> Tetanol i. m. <input type="checkbox"/> Tetagam i. m. <input type="checkbox"/> Tetanus-Schutz vorhanden <input type="checkbox"/> Tetanus beim HA abklären
Diagnose			<input type="checkbox"/> Stationäre Einweisung
Tag	Abrechnung		

Muster

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert	
Datum _____	Unterschrift des Versicherten _____

**Mitteilung für den
weiterbehandelnden Arzt**

Stempel und Unterschrift des Notfallarztes

Teil C (10.2000)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		<h2>DOKUMENTATION</h2> <p>über die Behandlung im Kinderärztlichen Notfalldienst</p> <input type="checkbox"/> Harburg <input type="checkbox"/> Altona <input type="checkbox"/> Wilhelmstift <input type="checkbox"/> Heidberg	Quartal ____ /20 ____
Name, Vorname des Versicherten			
geb. am			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Hausarzt
			Dr. med. _____
Befunde/Therapie			<input type="checkbox"/> Tetanol i. m. <input type="checkbox"/> Tetagam i. m. <input type="checkbox"/> Tetanus-Schutz vorhanden <input type="checkbox"/> Tetanus beim HA abklären
Diagnose			<input type="checkbox"/> Stationäre Einweisung
Tag	Abrechnung		

Muster

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert	
Datum _____	Unterschrift des Versicherten _____

Dokumentation
für den Arzt

Stempel und Unterschrift des Notfallarztes

Teil D (10.2000)

Anlage 4 Dokumente

Teil A: Dokumentationskarte bzw. „KVH-Informationskarte“ mit entsprechenden Möglichkeiten, papierhafte Dokumente zu erzeugen

Patienten können anhand der abgebildeten Karte mittels QR-Code die nachfolgend musterhaft abgebildeten Informationen aus dem hinterlegtem Muster 19b/E BF abrufen.



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Techniker Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		
Mustermann		
Max		geb. am 01.01.00
Humboldtstraße 56 22056 Hamburg		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
101575519	C797493976	1000000
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
345678901	636938000	21.05.25

Notfall-/Vertretungsschein

ärztlicher Notfalldienst
 Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung
 Notfall

Unfall
 Unfallfolgen

19BF

Quartal 2/25

Geschlecht W M

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

S80.0G (Prellung des Knies)

Befunde/Therapie

Zustand, nach grippeartigen Symptome, Krankschreibung fünf Tage wird empfohlen

Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis _____

Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:

Unbekannt

Tag	Mon.	Tag	Mon.
21	05	01	26
01	21	01	16
01	21	01	16
01	21	01	16
01	21	01	16
01	21	01	16
01	21	01	16
01	21	01	16
01	21	01	16
01	21	01	16



Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

03.06.25

Datum Unterschrift des Versicherten

Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt

345678901
Praxis
636938000
Behns
Marco Behns
Langeloher Weg 21a
21465 Reinbek

Vertragsarztstempel

Muster 19b/E (10.2014)
PRF.NR. Y19/2107/24/406

Teil B: Abrechnungsschein digital gespeichert, auch als PDF zum Zwecke der unveränderlichen Dokumentation

Der Arzt hat die Möglichkeit über die Webanwendung der KVHH Applikation an die Dokumentation des Falles in Form des kompletten Satzes Muster 19 BF jederzeit runterladen. Hierzu zählt auch das Muster 19 a/E BF.

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Techniker Krankenkasse</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Mustermann</td> </tr> <tr> <td>Max</td> <td>geb. am</td> <td>01.01.00</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Humboldtstraße 56</td> </tr> <tr> <td colspan="3">22056 Hamburg</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>101575519</td> <td>C797493976</td> <td>1000000</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> <tr> <td>345678901</td> <td>636938000</td> <td>21.05.25</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Techniker Krankenkasse			Name, Vorname des Versicherten			Mustermann			Max	geb. am	01.01.00	Humboldtstraße 56			22056 Hamburg			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	101575519	C797493976	1000000	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	345678901	636938000	21.05.25	<p style="text-align: right;">19BF</p> <p>Notfall-/Vertretungsschein</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ärztlicher Notfalldienst <input type="checkbox"/> Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung <input type="checkbox"/> Notfall Quartal <u>2</u>/<u>25</u></p> <p><input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Unfallfolgen Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input checked="" type="checkbox"/> M</p> <p>Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen</p> <p><u>S80.0G (Prellung des Knies)</u></p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																		
Techniker Krankenkasse																																		
Name, Vorname des Versicherten																																		
Mustermann																																		
Max	geb. am	01.01.00																																
Humboldtstraße 56																																		
22056 Hamburg																																		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																
101575519	C797493976	1000000																																
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																
345678901	636938000	21.05.25																																
<p>Befunde/Therapie <i>bitte auf Teil b eintragen!</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>aus Datenschutzgründen freibleibend</p> </div>	<p>Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis </p> <p><i>Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Unbekannt</p> </div>																																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Tag</td> <td style="text-align: center;">Mon.</td> <td style="text-align: center;">Tag</td> <td style="text-align: center;">Mon.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>		Tag	Mon.	Tag	Mon.	2	1	0	5	0	1	2	1	0	1	6	:	2	6															
Tag	Mon.	Tag	Mon.																															
2	1	0	5																															
0	1	2	1																															
0	1	6	:																															
2	6																																	
<p>Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.</p> <p>03.06.25</p> <p>Datum</p>	<p>Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen</p>																																	
<p>Unterschrift des Versicherten</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>345678901 Praxis 636938000 Behns Marco Behns Langeloher Weg 21a 21465 Reinbek</p> <p>Vertragsarztstempel</p> </div> <p>Muster 19a/E (10.2014) PRF.NR. Y/9/2107/24/405</p>																																	

Teil C: Notfallprotokoll In der entsprechenden Software digital gespeichert, auch als PDF zum Zwecke der unveränderlichen Dokumentation

Der Arzt hat die Möglichkeit über die Webanwendung der KVHH Applikation an die Dokumentation des Falles in Form des kompletten Satzes Muster 19 BF jederzeit runterladen. Hierzu zählt auch das nachfolgende Muster 19 c/E BF.

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Techniker Krankenkasse</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Mustermann</td> </tr> <tr> <td>Max</td> <td>geb. am</td> <td>01.01.00</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Humboldtstraße 56</td> </tr> <tr> <td colspan="3">22056 Hamburg</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>101575519</td> <td>C797493976</td> <td>1000000</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> <tr> <td>345678901</td> <td>636938000</td> <td>21.05.25</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Techniker Krankenkasse			Name, Vorname des Versicherten			Mustermann			Max	geb. am	01.01.00	Humboldtstraße 56			22056 Hamburg			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	101575519	C797493976	1000000	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	345678901	636938000	21.05.25	<p>Notfall-/Vertretungsschein 19BF</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> ärztlicher Notfalldienst <input type="checkbox"/> Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung <input type="checkbox"/> Notfall Quartal <u>2 25</u> </p> <p> <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Unfallfolgen Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M </p> <p>Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen</p> <p>S80.0G (Prellung des Knies)</p> <hr/> <hr/>											
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																													
Techniker Krankenkasse																																													
Name, Vorname des Versicherten																																													
Mustermann																																													
Max	geb. am	01.01.00																																											
Humboldtstraße 56																																													
22056 Hamburg																																													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																											
101575519	C797493976	1000000																																											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																											
345678901	636938000	21.05.25																																											
<p>Befunde/Therapie</p> <p>Zustand, nach grippeartigen Symptome, Krankschreibung fünf Tage wird empfohlen</p> <hr/> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Tag</th> <th>Mon.</th> <th>Tag</th> <th>Mon.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>21</td> <td>05</td> <td>01</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>6</td> <td>2</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p><input type="checkbox"/> Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.</p> <p>03.06.25</p> <p>Datum Unterschrift des Versicherten</p>	Tag	Mon.	Tag	Mon.	21	05	01	21	0	1	0	1	1	6	2	6																													<p>Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:</p> <p>Unbekannt</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px; text-align: center;"> <p>345678901 Praxis 636938000 Behns Marco Behns Langelohr Weg 21a 21465 Reinsbek</p> <p>Vertragsarztstempel</p> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">Muster 19c/E (10.2014) PRF.NR. Y/9/2107/24/406</p>
Tag	Mon.	Tag	Mon.																																										
21	05	01	21																																										
0	1	0	1																																										
1	6	2	6																																										
<p>Zum Verbleib beim vertretenden Arzt</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin-left: auto;"></div>																																												

Anlage 5

Förderungsvereinbarung

zu den

Verträgen über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen vom 13.03.2006 in der jeweils gültigen Fassung

§ 1 Vertragsgegenstand und Förderzeitraum

Die rubrizierenden Vertragspartner schließen diese Förderungsvereinbarung zur Förderung des Notdienstes kassenartenübergreifend und damit inhaltsgleich als Anlage 5 für den Zeitraum vom 01.01.2022 bis einschließlich 31.12.2025 (4 Jahre). Die kassenartenbezogenen (EK, PK) Verträge über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen bleiben im Übrigen unberührt. Zur Sicherstellung einer einheitlichen und kassenartenübergreifenden Förderung nach § 2 wird diese Anlage gemeinsam und einheitlich unterzeichnet und wegen der getrennten Verträge im Primär- und Ersatzkassenbereich jeweils Anlage 5.

§ 2 Förderbetrag

Der Gesamtbetrag der Förderung aller rubrizierenden Krankenkassen/-verbände dieser Förderungsvereinbarung beträgt 6 Mio. EUR. Dieser Betrag steht in Höhe von jeweils 1,5 Mio. EUR in den Jahren 2022, 2023, 2024 und 2025, d. h. je Quartal in Höhe von 375.000 EUR zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes zur Verfügung.

§ 3 Berechnung kassenindividuelle Förderung

Die zuständigen Krankenkassen beteiligen sich an den Kosten des Notdienstes der KVH mit einem Förderungszuschlag (GOP 99003) je abgerechneter Position gem. § 3 Abs. 5 der Verträge über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen (GOP 99002A, 99002B und 99002C). Die Höhe dieses Förderungszuschlages ergibt sich je Abrechnungsquartal des o. g. Förderungszeitraumes durch Division des quartalsbezogenen Förderungsbetrages nach § 2 durch die Gesamtanzahl der abgerechneten Positionen des Quartals gem. § 3 Abs. 5 der Verträge über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen vom 13.03.2006 in der jeweils gültigen Fassung (GOP 99002A, 99002B und 99002C).

§ 4 Abrechnung

Die GOP 99003 wird von der KV Hamburg der Abrechnung zugesetzt und im EFN ausgewiesen. Darüber hinaus erfolgt eine Ausweisung der Förderungszuschläge im

Formblatt 3. Für die Abrechnung gelten im Übrigen die jeweiligen gesamtvertraglichen Regelungen.

§ 5 Evaluation

Die KV Hamburg stellt den zuständigen Krankenkassenverbänden innerhalb des 3. Quartals 2022 ein Evaluationskonzept zur Abstimmung und Beratung vor und wird diese ebenfalls über die Ergebnisse zeitnah bis zum 01.04.2024 in Kenntnis setzen. Die Ergebnisse dienen den Krankenkassen/-verbänden unter anderem als Entscheidungshilfe über die mögliche Fortführung dieser Förderungsvereinbarung über den in § 1 genannten Zeitraum hinaus.

§ 6 Sonstiges

Die Vertragspartner werden im Rahmen der Laufzeit dieser Vereinbarung zu Gesprächen über die vorliegende Förderung zusammenkommen, wenn es geänderte Rahmenbedingungen (z.B. durch Richtlinien oder Gesetzesänderungen) gibt, die die Finanzierung des Kassenärztlichen Notdienstes betreffen.

Ferner stimmen die Vertragspartner darin überein, dass vor geplanten Veränderungen, die die Notdienststruktur substantiell betreffen, eine Einbindung der rubrizierenden Vertragspartner auf der Seite der Kostenträger erfolgt.

Dabei sind sich die Vertragspartner darüber einig, dass strukturelle Veränderungen des Notdienstes nicht zwingend zu einer (auch anteiligen) Reduktion der Förderbeträge führen.