Vertrag über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen vom 24.06.2025 in der jeweils gültigen Fassung gemäß § 105 Abs. 1b SGB V

i. d. F. des 1. Nachtrages ab Januar 2026

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

§ 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) Notfallleistungen 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 berühren 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 Anlage 5 enthält die „Fördervereinbarung“ gem. § 105 Abs. 1b SGB V ab 01.01.2026. Die bisherige Anlage 5 endet am 31.12.2025. Die Regelungen des Abs. 4 finden auch hier Anwendung.

Hamburg, den 28.10.2025

……..
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

……..
AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

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

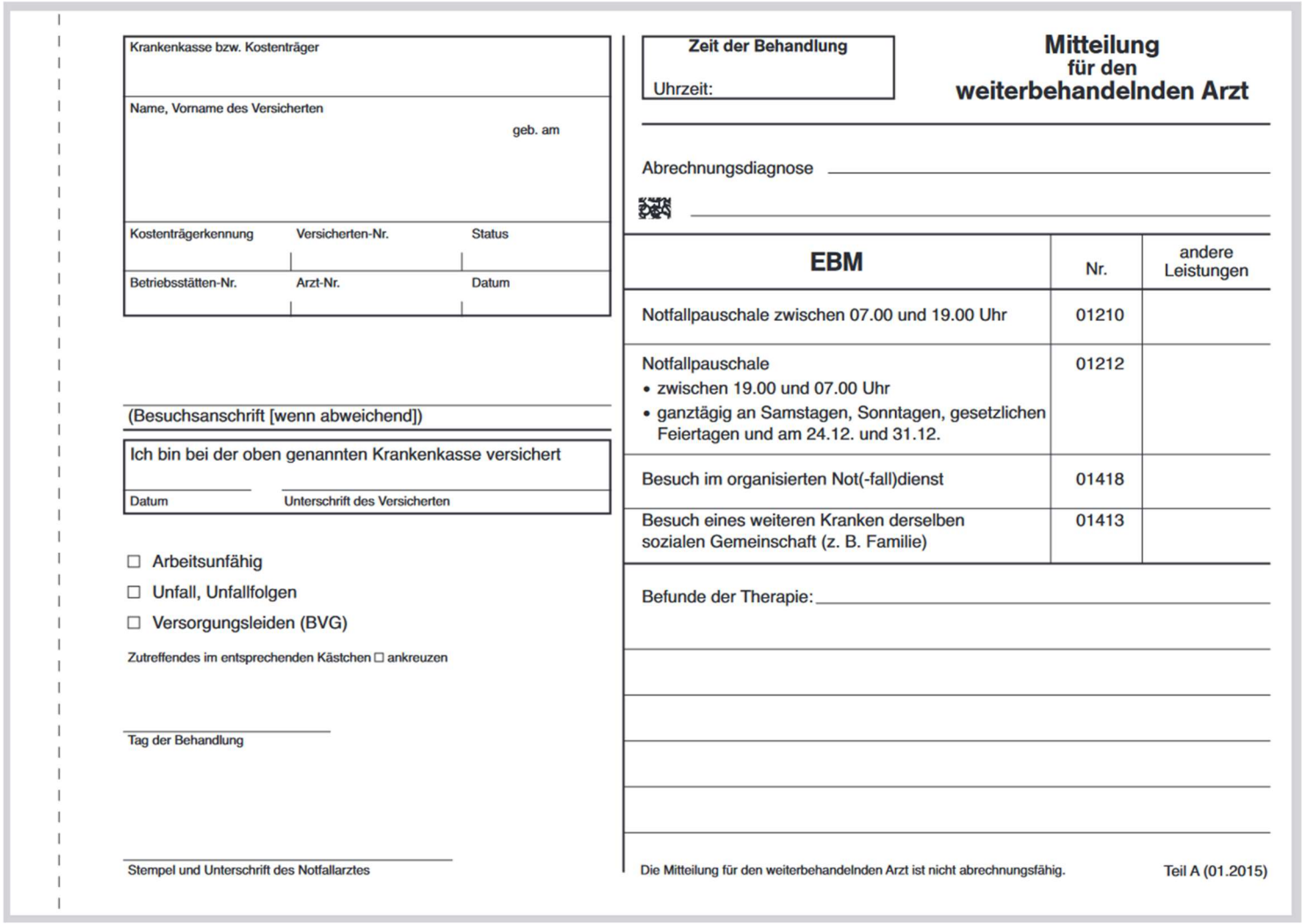
……..
IKK classic

……..
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Nord, Hamburg

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

Anlage 1 Formularsatz auf selbstdurchschreibendem Papier, bestehend aus

Teil A: Mitteilung für den behandelnden Arzt



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	**Arzt-Nr.**	**Datum**

(Besuchsanschrift [wenn abweichend])

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert

Datum — Unterschrift des Versicherten

- ☐ Arbeitsunfähig
- ☐ Unfall, Unfallfolgen
- ☐ Versorgungsleiden (BVG)

Zutreffendes im entsprechenden Kästchen ☐ ankreuzen

Tag der Behandlung

Stempel und Unterschrift des Notfallarztes

Zeit der Behandlung

Uhrzeit:

Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt

Abrechnungsdiagnose

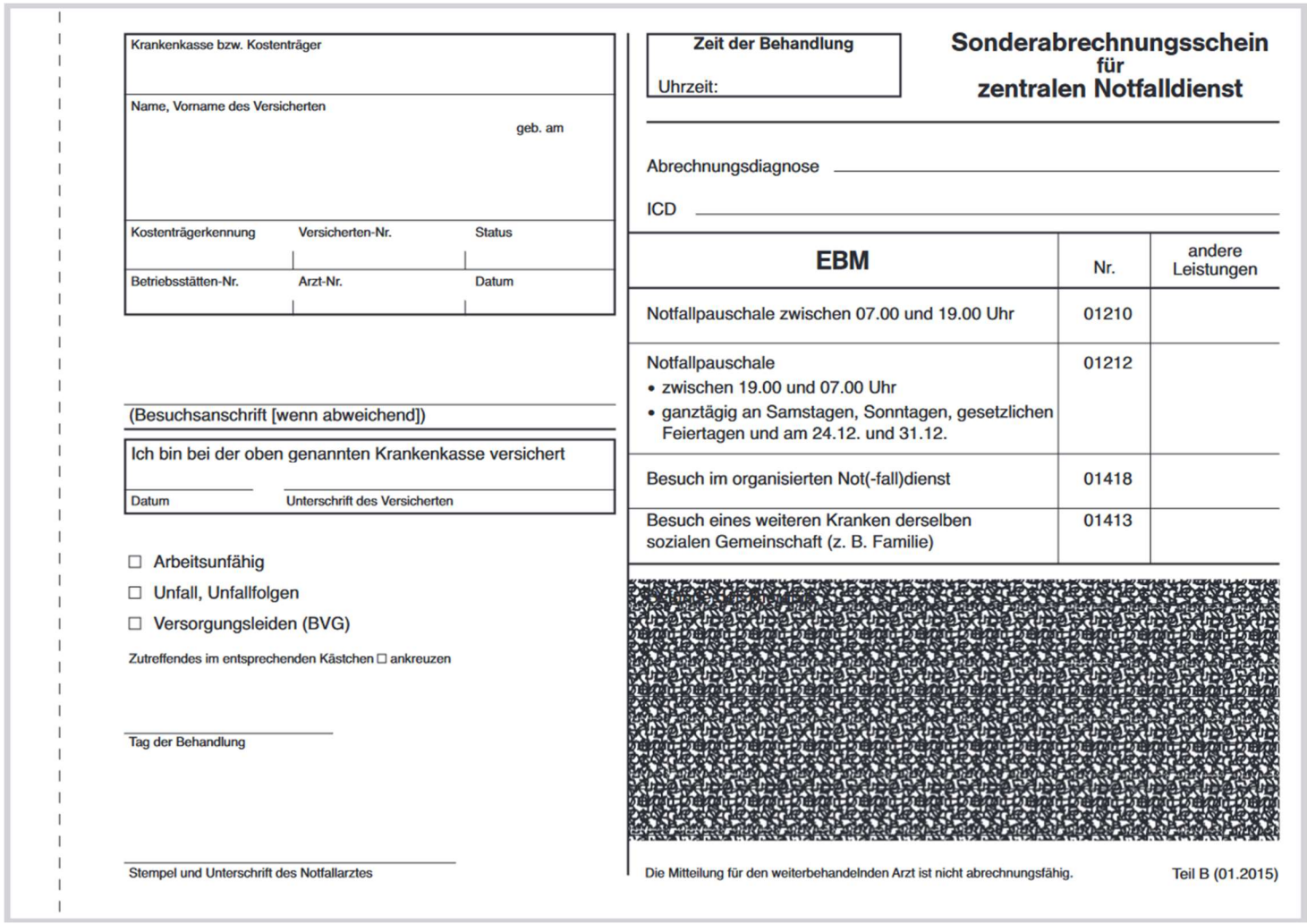
EBM	Nr.	andere Leistungen
Notfallpauschale zwischen 07.00 und 19.00 Uhr	01210	
Notfallpauschale • zwischen 19.00 und 07.00 Uhr • ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.	01212	
Besuch im organisierten Not(-fall)dienst	01418	
Besuch eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie)	01413	

Befunde der Therapie:

Die Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt ist nicht abrechnungsfähig.

Teil A (01.2015)

Teil B: Abrechnungsschein



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status

Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

(Besuchsanschrift [wenn abweichend])

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert

Datum

Unterschrift des Versicherten

☐ Arbeitsunfähig

☐ Unfall, Unfallfolgen

☐ Versorgungsleiden (BVG)

Zutreffendes im entsprechenden Kästchen ☐ ankreuzen

Tag der Behandlung

Stempel und Unterschrift des Notfallarztes

Zeit der Behandlung

Uhrzeit:

Sonderabrechnungsschein für zentralen Notfalldienst

Abrechnungsdiagnose

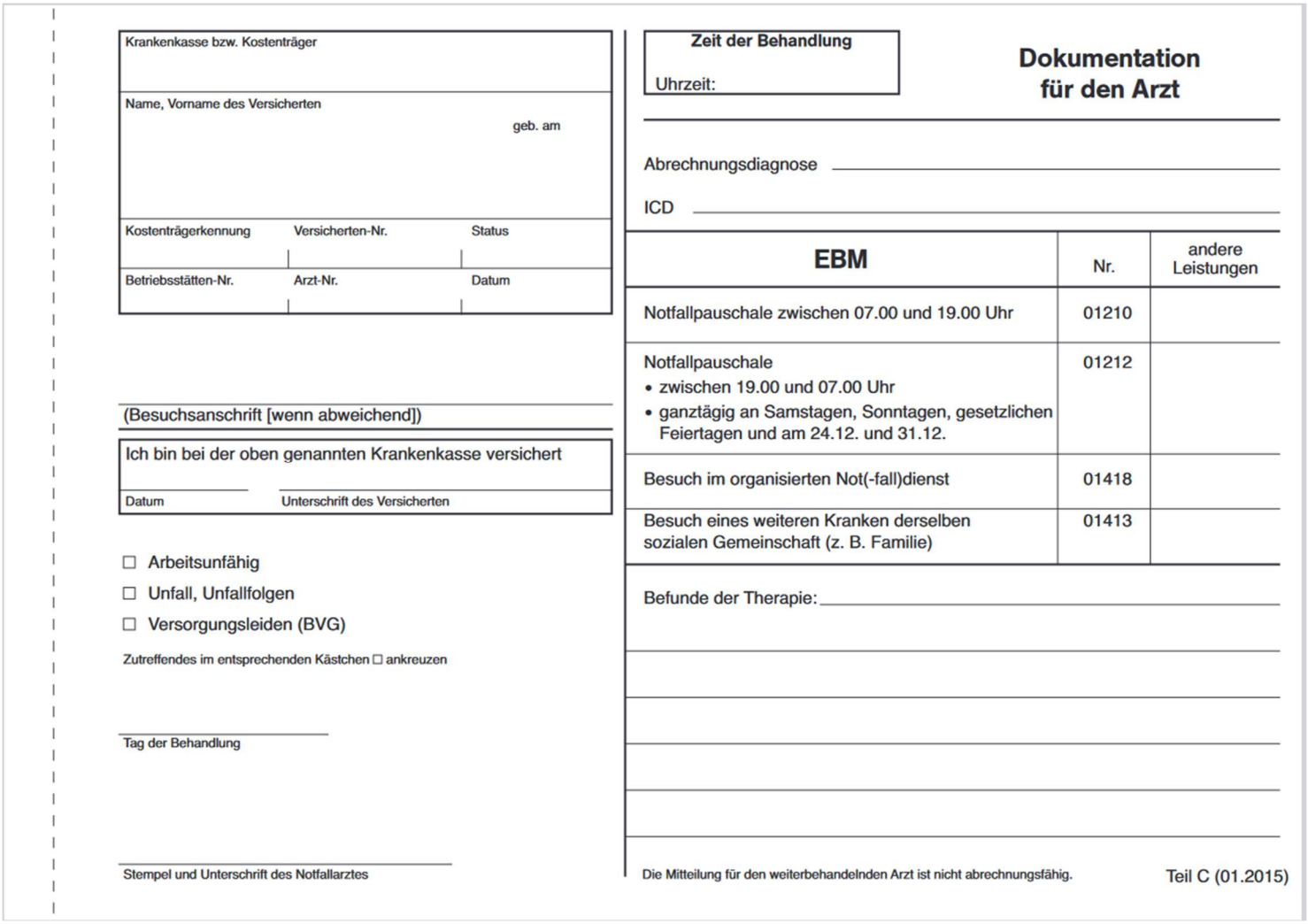
ICD

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 B (01.2015)

Teil C: Notfallprotokoll



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	**Arzt-Nr.**	**Datum**

(Besuchsanschrift [wenn abweichend])

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert

Datum — Unterschrift des Versicherten

☐ Arbeitsunfähig
☐ Unfall, Unfallfolgen
☐ Versorgungsleiden (BVG)

Zutreffendes im entsprechenden Kästchen ☐ ankreuzen

Tag der Behandlung

Stempel und Unterschrift des Notfallarztes

Zeit der Behandlung

Uhrzeit:

Dokumentation für den Arzt

Abrechnungsdiagnose

ICD

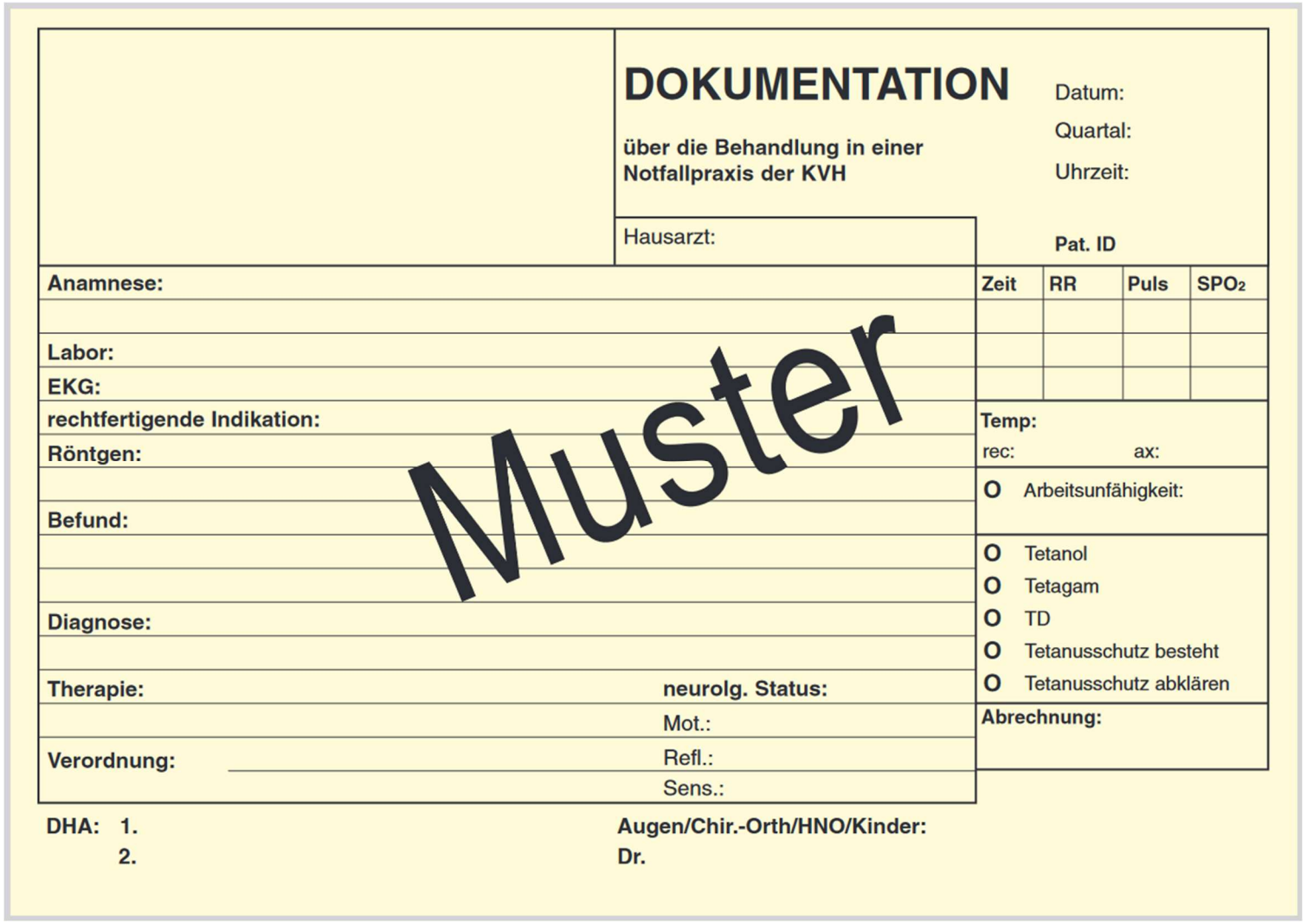
EBM	Nr.	andere Leistungen
Notfallpauschale zwischen 07.00 und 19.00 Uhr	01210	
Notfallpauschale • zwischen 19.00 und 07.00 Uhr • ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.	01212	
Besuch im organisierten Not(-fall)dienst	01418	
Besuch eines weiteren Kranken derselben 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:
Uhrzeit:

Hausarzt:

Pat. ID

Anamnese:

Labor:

EKG:

rechtfertigende Indikation:

Röntgen:

Befund:

Diagnose:

Therapie:

Verordnung:

neurolg. Status:
Mot.:
Refl.:
Sens.:

Zeit	**RR**	**Puls**	**SPO_2**

Temp:
rec: ax:

O Arbeitsunfähigkeit:

O Tetanol
O Tetagam
O TD
O Tetanusschutz besteht
O Tetanusschutz abklären

Abrechnung:

DHA: 1.
2.

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

Muster

MITTEILUNG

über die Behandlung in einer Notfallpraxis der KVH

Datum:

Quartal:

Uhrzeit:

Hausarzt:

Pat. ID

Anamnese:

Labor:

EKG:

rechtfertigende Indikation:

Röntgen:

Befund:

Diagnose:

Therapie:

Verordnung:

neurolg. Status:

Mot.:

Refl.:

Sens.:

Zeit	RR	Puls	SPO_2

Temp:

rec: ax:

O Arbeitsunfähigkeit:

O Tetanol
O Tetagam
O TD
O Tetanusschutz besteht
O Tetanusschutz abklären

Abrechnung:

DHA: 1.
2.

Augen/Chir.-Orth/HNO/Kinder:

Dr.

Muster

MITTEILUNG

über die Behandlung in einer Notfallpraxis der KVH

Datum:

Quartal:

Uhrzeit:

Hausarzt:

Pat. ID

Anamnese:

Labor:

EKG:

rechtfertigende Indikation:

Röntgen:

Befund:

Diagnose:

Therapie:

Verordnung:

neurolg. Status:

Mot.:

Refl.:

Sens.:

Zeit	RR	Puls	SPO_2

Temp:

rec: ax:

O Arbeitsunfähigkeit:

O Tetanol
O Tetagam
O TD
O Tetanusschutz besteht
O Tetanusschutz abklären

Abrechnung:

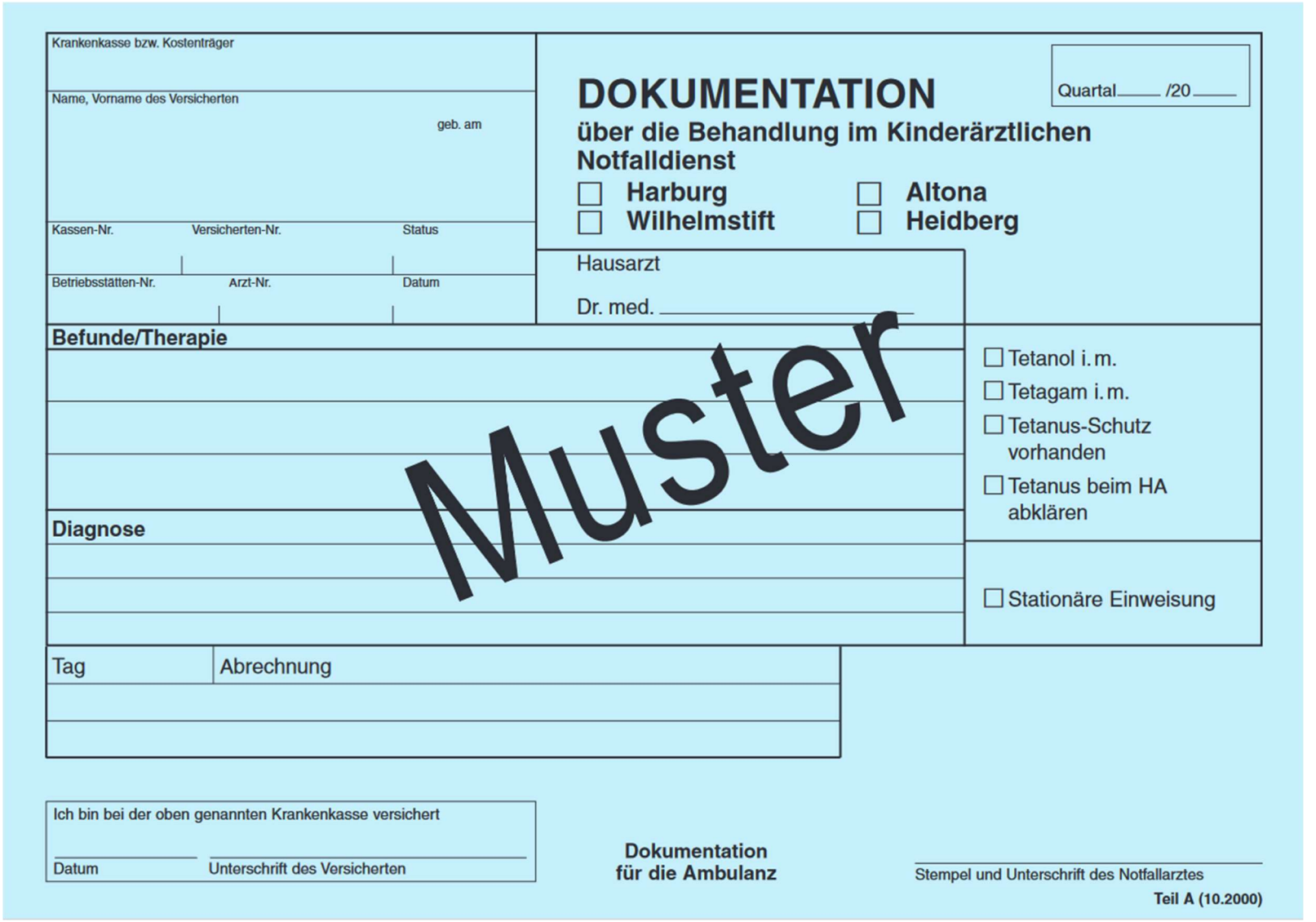
DHA: 1.
2.

Augen/Chir.-Orth/HNO/Kinder:

Dr.

Muster

Anlage 3 Abrechnungsschein für die Leistungen des Kinderärztlichen Notdienstes



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

DOKUMENTATION

über die Behandlung im Kinderärztlichen Notfalldienst

Quartal____ /20____

☐ **Harburg** ☐ **Altona**

☐ **Wilhelmstift** ☐ **Heidberg**

Hausarzt

Dr. med. _____

Befunde/Therapie

☐ Tetanol i. m.

☐ Tetagam i. m.

☐ Tetanus-Schutz vorhanden

☐ Tetanus beim HA abklären

Diagnose

☐ Stationäre Einweisung

Muster

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)

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

DOKUMENTATION

über die Behandlung im Kinderärztlichen Notfalldienst

Quartal____ /20____

☐ Harburg ☐ Altona
☐ Wilhelmstift ☐ Heidberg

Hausarzt

Dr. med. _____

Befunde/Therapie

☐ Tetanol i. m.
☐ Tetagam i. m.
☐ Tetanus-Schutz vorhanden
☐ Tetanus beim HA abklären

Diagnose

☐ 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

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

DOKUMENTATION

über die Behandlung im Kinderärztlichen Notfalldienst

Quartal____ /20____

☐ **Harburg** ☐ **Altona**
☐ **Wilhelmstift** ☐ **Heidberg**

Hausarzt

Dr. med. _____

Befunde/Therapie

Muster

Diagnose

☐ Tetanol i. m.
☐ Tetagam i. m.
☐ Tetanus-Schutz vorhanden
☐ Tetanus beim HA abklären

☐ Stationäre Einweisung

Tag	Abrechnung

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

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

DOKUMENTATION

über die Behandlung im Kinderärztlichen Notfalldienst

Quartal____ /20____

☐ **Harburg** ☐ **Altona**
☐ **Wilhelmstift** ☐ **Heidberg**

Hausarzt

Dr. med. _____

Befunde/Therapie

☐ Tetanol i. m.
☐ Tetagam i. m.
☐ Tetanus-Schutz vorhanden
☐ Tetanus beim HA abklären

Diagnose

☐ Stationäre Einweisung

Tag	Abrechnung

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert

Datum _____ Unterschrift des Versicherten _____

Dokumentation für den Arzt

Stempel und Unterschrift des Notfallarztes

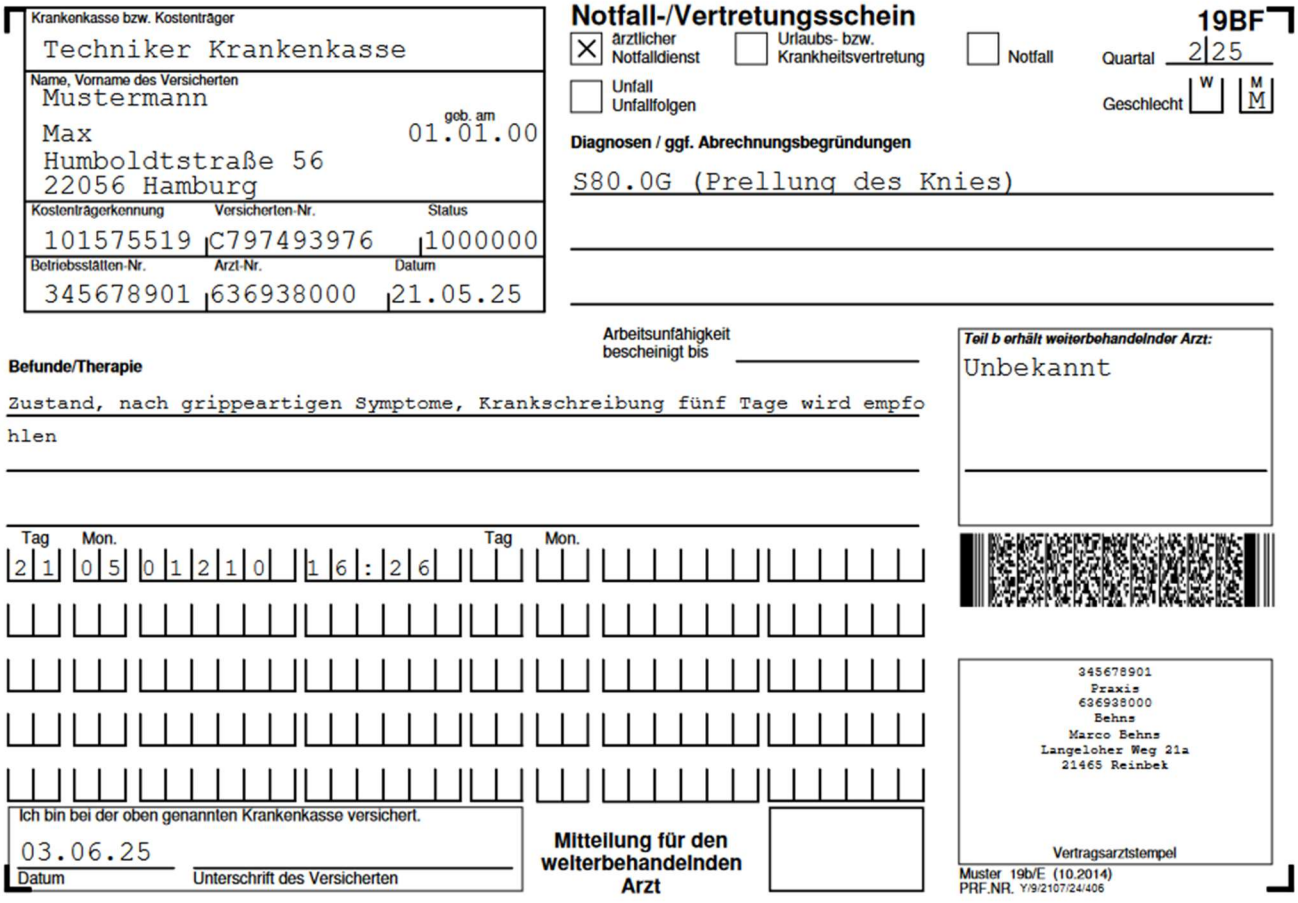
Teil D (10.2000)

Muster

Anlage 4 Dokumente

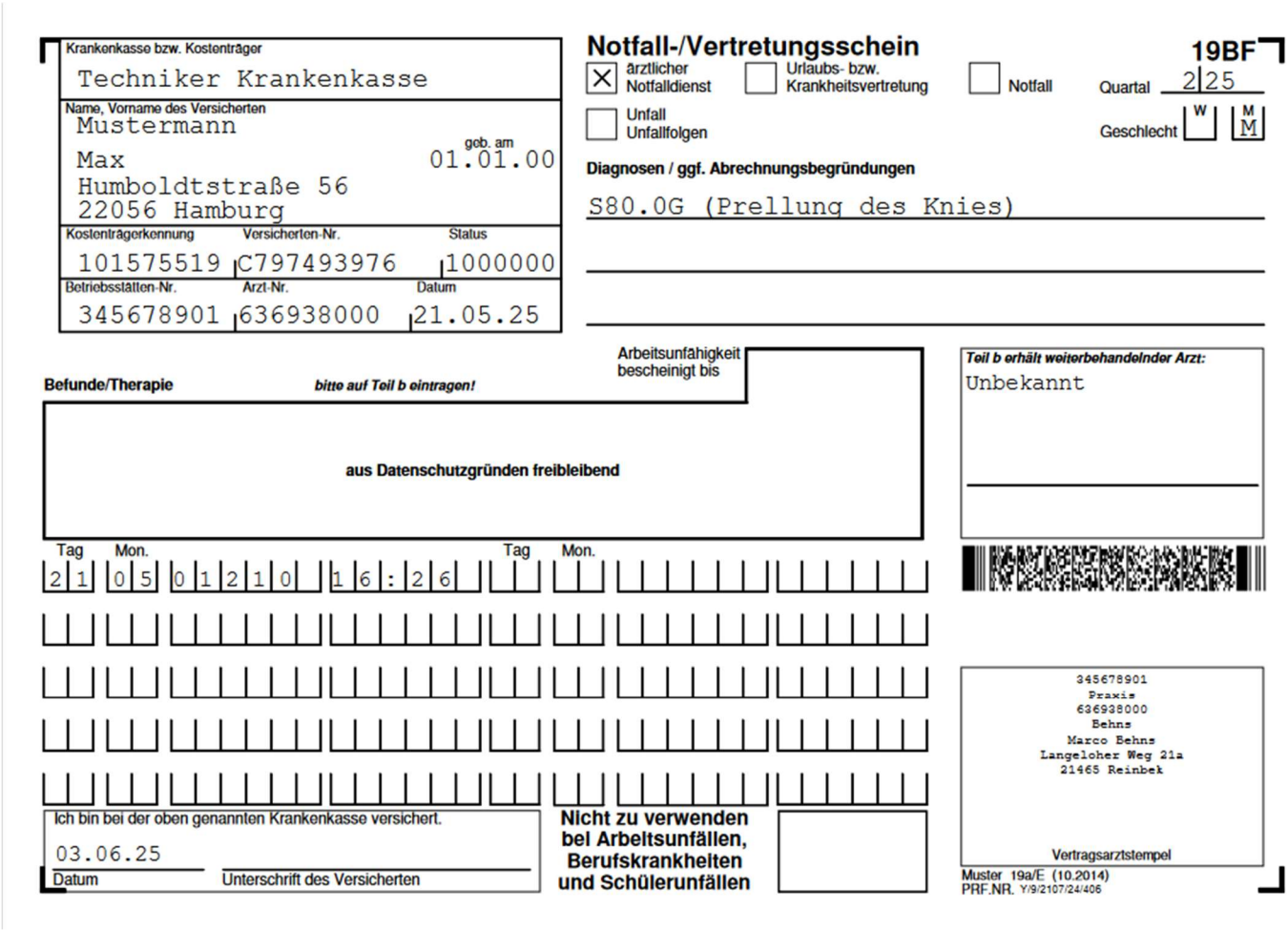
Teil A: Dokumentationskarte bzw. „KVH-Informationskarte“ mit entsprechenden Möglichkeiten, papierhafte Dokumente zu erzeugen

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



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.



Krankenkasse bzw. Kostenträger: Techniker Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten: Mustermann, Max, Humboldtstraße 56, 22056 Hamburg

geb. am: 01.01.00

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
101575519	C797493976	1000000

Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
345678901	636938000	21.05.25

Notfall-/Vertretungsschein 19BF

☒ ärztlicher Notfalldienst ☐ Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung ☐ Notfall ☐ Unfall Unfallfolgen

Quartal 2|25

Geschlecht W M

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

S80.0G (Prellung des Knies)

Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis

Befunde/Therapie *bitte auf Teil b eintragen!*

aus Datenschutzgründen freibleibend

Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt: Unbekannt

Tag	Mon.			Tag	Mon.
21	05	012101	16:26		

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

03.06.25

Datum Unterschrift des Versicherten

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

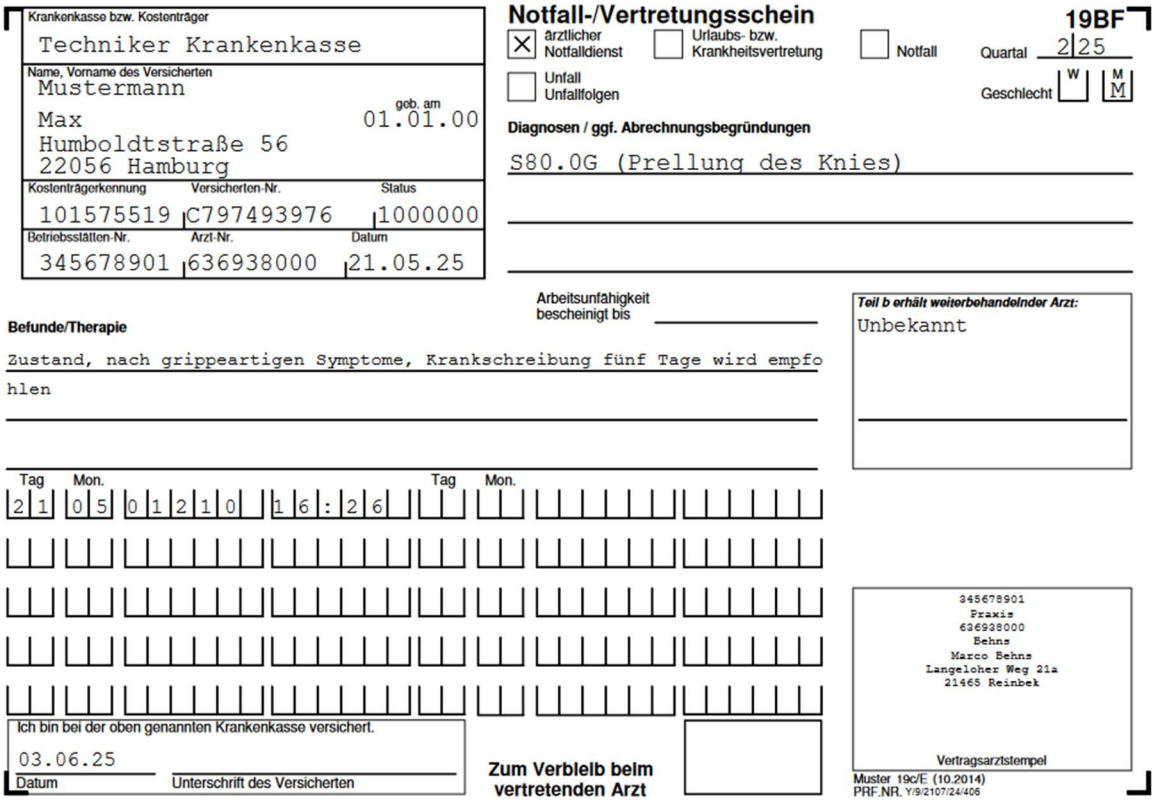
345678901
Praxis
636938000
Behns
Marco Behns
Langeloher Weg 21a
21465 Reinbek

Vertragsarztstempel

Muster 19a/E (10.2014)
PRF.NR. Y/9/2107/24/406

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.



Krankenkasse bzw. Kostenträger: Techniker Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten: Mustermann, Max
Humboldtstraße 56
22056 Hamburg
geb. am: 01.01.00

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
101575519	C797493976	1000000

Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
345678901	636938000	21.05.25

Notfall-/Vertretungsschein — 19BF

- [x] ärztlicher Notfalldienst
- [ ] Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung
- [ ] Notfall
- [ ] Unfall Unfallfolgen

Quartal 2|25
Geschlecht [W] [M]

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen
S80.0G (Prellung des Knies)

Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis

Befunde/Therapie
Zustand, nach grippeartigen Symptome, Krankschreibung fünf Tage wird empfo
hlen

Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:
Unbekannt

Tag	Mon.		Tag	Mon.
21	05	01210	16:26	

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.
03.06.25
Datum — Unterschrift des Versicherten

Zum Verbleib beim vertretenden Arzt

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

Muster 19c/E (10.2014)
PRF.NR. Y/9/2107/24/406

Anlage 5

Förderungsvereinbarung

zum

Vertrag über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen vom 24.06.2025

§ 1 Vertragsgegenstand und Förderzeitraum

Die rubrizierenden Vertragspartner schließen diese Förderungsvereinbarung zur Förderung des Notdienstes für den Zeitraum vom 01.01.2026 bis einschließlich 31.12.2029 (4 vier Jahre).

§ 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 2026, 2027, 2028 und 2029, 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. des Vertrages über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen vom 24.06.2025 (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 bis zum 30.11.2025 ein Evaluationskonzept zur Abstimmung und Beratung vor und wird diese ebenfalls

über die Ergebnisse zeitnah bis zum 01.09.2029 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.