

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 **Innungskrankenkasse Hamburg,**

der **Knappschaft**

den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Hamburg**

- Barmer Ersatzkasse
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- Gmünder ErsatzKasse (GEK)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- Hamburg Münchener Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch den Leiter in der vdek-Landesvertretung Hamburg

wird folgender

2. Nachtrag

zur Honorarvereinbarung vom 26. November 2008

geschlossen:

1. Die Ziffer 3.2. wird wie folgt neu gefasst:

„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.“

2. Die Ziffer 3.3. wird wie folgt neu gefasst:

„Werden RLV einzelner Ärzte bzw. Praxen i. S. des § 87b Abs.2 S.2 SGB V tatsächlich nicht ausgeschöpft, werden diese Unterschreibungsbeträge 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. Es wird die folgende Ziffer 3.5 neu eingefügt:

„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.“

4. Es wird die folgende Ziffer 3.6 neu eingefügt:

„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.“

5. Es wird die folgende Ziffer 3.7 neu eingefügt:

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.

6. Mit Wirkung ab dem 01.10.2009 wird die Ziffer 8 wie folgt neu gefasst:

„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.

7. Mit Wirkung ab dem 1.01.2009 wird folgende Anlage 3 (Berechnungsschema zur Ermittlung der MGV 2009) eingefügt.

8. Mit Wirkung ab dem 01.10.2009 wird die folgende Anlage 4 eingefügt.

Der Vertrag tritt am 01. Januar 2009 in Kraft.

Hamburg, den 27. November 2009

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 gekennzeichnete Leistungsbedarf zuzulassen