

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

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

und dem

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg (VdAK)

sowie dem

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg (AEV)

vertreten durch
die Landesvertretung Hamburg (LV HH)

vom 11. April 1996

in der Fassung des Schiedsspruches des LSA zur Honorarvereinbarung 2013
vom 15. August 2013

Redaktionelle Anmerkung: Die Ergänzungsvereinbarung zur Anlage J dieses Vertrages zu den Auslandsreiseimpfungen mit der Techniker Krankenkasse wurde zum 31. Dezember 2014 gekündigt.

Inhaltverzeichnis

Gliederung u. Inhalt	Seite
Gesamtvertrag §§ 1 bis 18 und Protokollnotizen	4
Anlage D zum Gesamtvertrag Rheuma-Vereinbarung	16
Anlage E zum Gesamtvertrag Ärztliche Versorgung Heimbewohner	18
Anlage F zum Gesamtvertrag J 1-Vereinbarung	20
Anlage G zum Gesamtvertrag Verfahren zur Durchführung von Plausibilitätskontrollen	23
Anlage J zum Gesamtvertrag Impfvereinbarung	25
Ergänzungsvereinbarung zur Anlage J zum Gesamtvertrag Auslandsreiseimpfungen	29
Anlage K zum Gesamtvertrag Regelung bei Überschreitungen der Ausgabenvolumina für Arznei-, Verband- und Heilmittel gemäß § 84 Abs. 3 Satz 1 SGB V	33
Anlage M zum Gesamtvertrag Vereinbarung über die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Rahmen des Mammographie-Screenings	37
Anlage N zum Gesamtvertrag Vereinbarung zur Förderung der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung	41
Anlage O zum Gesamtvertrag Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch	50
Anlage P zum Gesamtvertrag Vereinbarung zur Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen auf die vereinbarte Gesamtvergütung	54
Honorarvereinbarung 2009	59

Gliederung u. Inhalt	Seite
Honorarvereinbarung 2010	75
Honorarvereinbarung 2011	94
Honorarvereinbarung 2012	111
Schiedsamt vom 15.08.2013, Az. des LSG: L 2 KA 69/13 KL Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahre 2013 (Honorarvereinbarung 2013)	127
Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes Anlage B-MGV (bei KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme)	156

§ 1 **(Zweck, Träger und Geltungsbereich des Vertrages)**

(1) Dieser Gesamtvertrag regelt die besonderen Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen. Den allgemeinen Inhalt dieses Vertrages bilden die Bestimmungen des Arzt-/Ersatzkassenvertrages (Bundesmantelvertrages Ärzte/Ersatzkassen).

(2) Der Vertrag gilt für folgende Ersatzkassen:

Barmer Ersatzkasse (BEK), Wuppertal
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
Hamburg-Münchener Krankenkasse (HaMü), Hamburg
HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Hannover
Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg
Braunschweiger Kasse (BK), Hamburg
Schwäbisch Gmünder Ersatzkasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
Gärtner Krankenkasse (GKK), Hamburg
HZK - Krankenkasse für Bau- und Holzberufe (HZK), Hamburg
Neptun-Ersatzkasse (N-EK), Hamburg.

(3) Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.

§ 2 **(Gesamtvergütung)**

(1) Die Gesamtvergütung wird gem. § 85 Abs. 2 SGB V berechnet. Das Nähere wird in den Anlagen zu diesem Vertrag geregelt.

(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 **(Grundlagen der Leistungsbewertung)**

(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 der Bestimmungen der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) und 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) Für Besuche im Ärztlichen Notfalldienst Hamburg, die nicht mit zur Verfügung gestellten Taxen durchgeführt werden, erhält der Arzt Wegepauschalen nach den Bestimmungen der E-GO.

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

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

(6) Im übrigen gelten die Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes der KVH und die zwischen dem VdAK bzw. dem AEV und der KVH geschlossenen Verträge.

§ 4 (Notfallbehandlungen)

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

§ 5 (Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung)

(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 Qualifikationserfordernisse gem. § 39 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag (EKV) bestehen, setzt die Abrechnung der Leistungen den Nachweis der Qualifikation gegenüber der KVH voraus.

(3) Notfälle im Sinne von Absatz 1 und 2 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 vdek-Landesvertretung Hamburg ist berechtigt, die Kosten im Einzelfall zu überprüfen. Dazu wird die KVH auf Verlangen die Originalbelege vom Arzt anfordern und der vdek-Landesvertretung Hamburg vorlegen (Einsichtnahme).

§ 6

(Ambulante vertragsärztliche Versorgung, Ausschlußtatbestände)

(1) Nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehörende Leistungen werden nicht vergütet. Es werden nur Leistungen vergütet, die in der E-GO aufgeführt sind oder die von den Vertragspartnern in besonderen vertraglichen Regelungen vereinbart sind.

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

§ 7

(Vergütung ambulanter Leistungen in ärztlich geleiteten Einrichtungen)

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 LV HH vereinbarten Sätze.

§ 8

(Vertragsarztstempel)

(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.

§ 8 b

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

§ 9

(Übernahme von Daten der Krankenversichertenkarte)

Der Vertragsarzt ist zur Sorgfalt bei der Übernahme der Angaben der Krankenversichertenkarte verpflichtet. Ist die Identität des Patienten zur vorgelegten Krankenversichertenkarte offensichtlich nicht gegeben, können keine Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden. Wurden vertragsärztliche Leistungen erbracht, obwohl die Identität des Patienten zur vorgelegten Krankenversichertenkarte offensichtlich nicht gegeben war, besteht kein Anspruch auf Vergütung. Der Vertragsarzt sollte sich in diesen Fällen durch Vorlage eines amtlichen Ausweises von der Identität des Patienten überzeugen.

§ 10

(Verteilung der Vordrucke)

(1) Die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vereinbarten Vordrucke werden den Vertragsärzten von der KVH bzw. einer von ihr benannten Stelle zur Verfügung gestellt.

(2) 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. § 6 EKV gilt entsprechend.

§ 11

(Sachlich-rechnerische Prüfung der Abrechnung)

(1) Die KVH faßt die von ihr sachlich und rechnerisch richtiggestellten und geprüften Honorarforderungen als Abrechnung zusammen und leitet sie den Ersatzkassen zu. Diese können innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Gesamtabrechnung zur Honoraranforderung des einzelnen Arztes wegen sachlicher oder rechnerischer Mängel der Abrechnung Widerspruch einlegen und diesen ggf innerhalb weiterer zwei Monate begründen. Hiervon unberührt bleiben die Prüfung der Plausibilität und der Wirtschaftlichkeit.

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

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

§ 12

(Einigungsverfahren bezüglich bundesweiter Regelungen)

(1) Ergeben sich im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens nach § 11 unterschiedliche Auffassungen zwischen der widerspruchsführenden Ersatzkasse und der KVH über Fragen der Anwendung des EBM oder sonstiger bundesweit gültiger Regelungen, können der VdAK/AEV - Landesvertretung Hamburg - und die KVH eine Entscheidung der AG § 50 EKV einholen.

(2) In diesem Fall kann mit Zustimmung der widerspruchsführenden Ersatzkasse, der KVH und des betroffenen Arztes das Widerspruchsverfahren bis zum Vorliegen der Entscheidung ausgesetzt werden.

§ 13

(Rechnungsunterlagen)

(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.

(3) Die Ersatzkassen erhalten als Abrechnungsunterlagen gemäß § 37 Arzt-/Ersatzkassenvertrag in Verbindung mit § 1 der Anlage 6 zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag

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 (Abrechnungsscheine, Überweisungsscheine, Notfallabrechnungsscheine usw.)

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

Die Unterlagen b) bis e) beziehen sich nur auf die Abrechnung der in Hamburg an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte. Die Verpflichtung zur Übersendung der Unterlagen zu e) erfüllt die KVH, indem sie diese Unterlagen an die LV HH übersendet.

(4) Die Ersatzkassen stellen der KVH vierteljährlich Angaben über die Mitgliederzahlen und die Grundlohnsumme zur Verfügung.

§ 14 (Zahlung der Gesamtvergütung)

(1) Die berechnete Gesamtvergütung wird vierteljährlich, und zwar 15 Tage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (§ 13 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 Abschlagszahlungen betragen für jeden Monat jeweils 30 % der nach den nachfolgenden Grundsätzen zu ermittelnden Ausgangsgröße. Die Zahlungen werden jeweils bis zum 5. des Folgemonats an die KV Hamburg geleistet. Mit Wirkung ab dem 3. Quartal 2011 ergibt sich die Ausgangsgröße für die Ermittlung der Abschlagszahlungen wie folgt:

Die Summe aus

1. der nach Maßgabe der jeweils geltenden Honorarvereinbarung zu ermittelnden vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des betreffenden Quartals,
2. der nach Maßgabe der jeweils geltenden Honorarvereinbarung ermittelten Ausgabenobergrenzen für die Leistungsbereiche außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des betreffenden Quartals sowie
3. der sonstigen Gesamtvergütungen des entsprechenden Quartals des Vorjahres, soweit sie nicht Nr. 1 bzw. Nr. 2 unterfällt,

wird vermindert um die im Vorjahresquartal tatsächlich gezahlten Zuzahlungen nach § 28 Absatz 4 Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie um die nach Maßgabe der Vereinbarungen zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V (Bereinigungsverträge) festgestellten

Bereinigungsbeträge für das betreffende Quartal und ergibt so die Ausgangsgröße. Die Minderung erfolgt erst ab Bereinigungsbeträgen über 1000 EUR je Krankenkasse.

Es werden die jeweils aktuellen Versichertenzahlen zur Berechnung der Abschlagszahlungen berücksichtigt. Bei den aktuellen Versichertenzahlen handelt es sich um die Versichertenzahlen, die zwei Quartale vor dem jeweils laufenden Quartal, für das gerade die Abschlagszahlungen bestimmt werden, ermittelt wurden.

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

(4) Unbeschadet der Zahlungsfristen der Absätze 1 und 2 werden die Forderungen eines Vertragsarztes aus der Honorarverteilung gegen die KVH erst fällig, wenn

- a) die Widerspruchsfristen der Ersatzkassen zur Abrechnung abgelaufen und
- b) eventuell erforderliche Berichtigungs- und Prüfungsverfahren für die Beteiligten bindend abgeschlossen sind.

Bis dahin sind die Zahlungen der KVH an die Vertragsärzte aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse.

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

§ 15

- nicht besetzt -

§ 16

(Erfüllung und Vollstreckung von Regreß- und Schadensersatzforderungen)

Von den Prüfungseinrichtungen oder der KVH (gem. §§ 44 und 45 EKV) rechtswirksam festgesetzte Regreß- oder Schadensersatzforderungen der Vertragskassen dürfen gegen fällige Honorarforderungen der Vertragsärzte aufgerechnet werden; soweit eine aufrechnungsfähige Honoraranforderung des Vertragsarztes nicht besteht, zieht die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg die Forderung aus dem Bescheid ein. Bleibt die Einziehung erfolglos, tritt die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg die Forderung an die Vertragskassse ab.

§ 17

(Zusammensetzung der Schlichtungsstelle)

Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg errichtet eine Schlichtungsstelle gem. § 45 EKV. Sie besteht aus jeweils zwei Vertretern der KVH und der Ersatzkassen.

Den Vorsitz führt ein Vertreter der KVH. Bei Stimmengleichheit gilt die Schlichtung als gescheitert.

§ 18 **(Inkrafttreten und Kündigung)**

(1) Dieser Vertrag tritt mit Wirkung vom 1.7.1994 in Kraft.

(2) Der Vertrag kann jeweils mit einer Frist von sechs Monaten zum Schluß eines Kalendervierteljahres mit eingeschriebenem Brief gekündigt werden. Für die einzelnen Anlagen zu diesem Vertrag beträgt die Kündigungsfrist abweichend von Satz 1 drei Monate.

(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.

Protokollnotiz

**zu § 11 des Gesamtvertrages zwischen der KVH und dem VdAK/AEV vom
11.4.1996**

in der Fassung des 2. Nachtrages vom 2. Dezember 1997

Die KVH stellt den Ersatzkassen und ihren Verbänden nach Bedarf, höchstens jedoch einmal jährlich, das Regelwerk der KVH für die sachliche Prüfung auf einem Datenträger, auf Wunsch im Einzelfall auch auf Papier, zur Verfügung.

Protokollnotiz

zu § 11 Abs. 3 des Gesamtvertrages zwischen der KVH und dem VdAK/AEV vom 11.4.1996

in der Fassung des 2. Nachtrages vom 2. Dezember 1997

Anträge auf sachlich-rechnerische Berichtigungen

Bei Anträgen auf sachlich-rechnerische Berichtigung verwenden die Ersatzkassen für die Antragstellung den Formularsatz, wie er im ehemaligen Beschluß B 709 der AG § 50 EKV vom 7.2.1991 festgelegt war. Die Geltendmachung von Berichtigungsanträgen erfolgt für jeden Vertragsarzt gesondert und nach Quartalen getrennt.

Die Ersatzkassen reichen die Teile 1 - 4 mit den weiteren, der Sachverhaltsaufklärung dienenden Abrechnungsunterlagen bei der KVH innerhalb der in § 11 Abs. 1 genannten Fristen ein.

Für umfangreiche Anträge werden weitere, entsprechend gestaltete Formularsätze als Blatt 2 und folgende verwendet.

Die Formularsätze werden von der KVH den Ersatzkassen ihres Bereiches kostenlos zur Verfügung gestellt.

Die Bearbeitung derartiger Anträge erfolgt durch die KVH nach den Bestimmungen des SGB X. Im Durchschreibeverfahren werden von der KVH

- a) anerkannte Berichtigungsanträge der Ersatzkassen durch Abhaken des DM-Betrages kenntlich gemacht.
- b) Abgelehnte Berichtigungsanträge der Ersatzkassen werden mit Durchstreichen des DM-Betrages bezeichnet und zusätzlich eine Begründung für die Ablehnung auf dem Formularsatz vermerkt. Reicht der Platz hierfür nicht aus, verwendet die KVH einen Fortsetzungsformularsatz für die Abgabe der erforderlichen Begründung zur Ablehnung.
- c) Das Ergebnis der Bearbeitung eines Antrages für einen Vertragsarzt durch die KVH wird unter Aufrechnung der Gut- bzw. Lastschriften für die einzelnen Behandlungsfälle insgesamt ermittelt und im letzten Abschnitt des Formularsatzes zusammengefaßt.

Die zu vollziehende Gut- bzw. Lastschrift ergibt sich aus der Gestaltung und dem Text der Formulare für den betreffenden Empfänger.

Berichtigungen der Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen finden nur statt, wenn die Leistungen nach Einzelleistungen vergütet werden. Davon unberührt bleibt die statistische Darstellung nachträglicher Berichtigungen im Formblatt 3 unter Vorquartalspositionen.

Bei der Mitteilung der Entscheidung an die Ersatzkasse wird der Teil 2 des Formularsatzes mit zurückgesandt. Der Mitteilung sind die Abrechnungsunterlagen beizu-

fügen. Bei Widerspruch durch den Vertragsarzt werden diese aus Anforderung durch die KVH von der Ersatzkasse nochmals zur Verfügung gestellt.

Die Vertragspartner streben an, diese manuelle Regelung ab einem möglichst frühen Zeitpunkt durch ein papierloses Verfahren zu ersetzen.

Protokollnotiz

zu § 13 Abs. 4 des Gesamtvertrages zwischen der KVH und dem VdAK/AEV vom 11.4.1996

in der Fassung des 2. Nachtrages vom 2. Dezember 1997

Die Mitgliederzahlen werden gegenwärtig von den Ersatzkassen bundesweit einheitlich auf der Basis der Statistik KM 1 ermittelt. Zur Verfügung gestellt wird danach die Zahl der Mitglieder, die ihren Wohnsitz im Bereich der KVH haben.

Protokollnotiz

zu § 15 des Gesamtvertrages zwischen der KVH und dem VdAK/AEV vom 11.4.1996

in der Fassung des 2. Nachtrages vom 2. Dezember 1997

"Gesamtvergütung" im Sinne des § 15 ist die kopfpauschalierte Gesamtvergütung nach Formblatt 3, Position D-99-90-97.

Protokollnotiz

Zum Außerkrafttreten des § 15 des Gesamtvertrages zwischen der KVH und dem VdAK/AEV vom 11.4.1996

in der Fassung des 15. Nachtrages vom 16. April 2004

Die Ersatzkassen entrichten für das Zulassungswesen den anteiligen Betrag gemäß § 96 Abs. 3 Satz 2 SGB V aufgrund nachgewiesener Kosten durch die KVH.

Anlage D

**zum Gesamtvertrag zwischen der KVH und dem VdAK sowie dem AEV vom
11.4.1996**

in der Fassung des 34. Nachtrages vom 14. März 2013

Vereinbarung

über die

ambulante Behandlung rheumakranken Patienten

(Rheuma-Vereinbarung)

Vereinbarung

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

und

den nachfolgend benannten **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),

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

über die

ambulante Behandlung rheumakranker Patienten

(Rheuma-Vereinbarung)

vom 28.12.1994

in der Fassung des 34. Nachtrages
zum Gesamtvertrag vom 11. April 1996

Unter Bezugnahme auf Nr. 6 des Vertrages über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahre 1994 schließen die Vertragspartner die nachfolgende Vereinbarung zur Strukturverbesserung und Qualitätssicherung bei der Behandlung rheumakrankter Patienten.

Präambel

Ziel der Vereinbarung ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung Kranker mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, die einer Basis-Therapie bedürfen, sowie die Vermeidung von diesbezüglichen Krankenhauseinweisungen.

§ 1

Unter rheumatologischer Basistherapie im Sinne dieser Vereinbarung ist der Einsatz von Langzeittherapeutika bei progredienten rheumatischen Systemerkrankungen zu verstehen, wenn nicht-steroidale Antirheumatika nur unzureichend wirken. Diese sogenannten Basistherapeutika bedürfen einer sorgfältigen Indikation und strengen Überwachung.

§ 2

Für die Einleitung und/oder kontinuierliche Durchführung einer sogenannten Basistherapie bei Fällen rheumatoider Arthritis (= chronische Polyarthritits) einschließlich ihrer Sonderformen sowie von Kollagenosen, die Koordinierung der diesbezüglichen krankengymnastischen und ergotherapeutischen Maßnahmen sowie der sozialmedizinischen Betreuung wird ein Zuschlag in Höhe von 20,45 € gem. Anlage 6 zum Vertrag über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahre 1994 gezahlt¹.

§ 3

(1) Die Abrechnung des Zuschlages nach § 2 bedarf der vorherigen Genehmigung durch die KVH.

(2) Voraussetzung für die Genehmigung nach Satz 1 ist

- a) Zulassung als Vertragsarzt
- b) die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung als Internist mit der Teilgebietsbezeichnung „Rheumatologie“ oder als Kinderarzt mit der Teilgebietsbezeichnung „Kinderrheumatologie“,
- c) ein Anteil von mindestens 50 % Rheumatikern an den Patienten des Vertragsarztes,
- d) die regelmäßige Teilnahme an rheumatologisch ausgerichteten Fortbildungsveranstaltungen/Qualitätszirkeln mindestens viermal jährlich (die Teilnahme ist der KVH nachzuweisen).

(3) Die Genehmigung nach Abs. 1 kann widerrufen werden, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.

§ 4

Diese Vereinbarung ist Bestandteil des zwischen den Vertragspartnern geschlossenen Gesamtvertrages.

¹ GOP 99012 (Kostenzuschlag kontinuierliche Rheumatherapie) 20,45 €.

Anlage E

**zum Gesamtvertrag zwischen der KVH und dem VdAK sowie dem AEV vom
11.4.1996**

in der Fassung des 2. Nachtrages vom 2. Dezember 1997

Vereinbarung

über die budgetmäßige Behandlung der Vergütungen für Leistungen der ärztlichen Versorgung von Bewohnern der Heime des Landesbetriebes "Pflege und Wohnen" bei Übernahme in die ambulante vertragsärztliche Versorgung

1. Die Partner dieser Vereinbarung stellen fest, daß nach der mit Schreiben vom 3.5.1994 des Leiters der Abteilung Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung des Bundesministeriums für Gesundheit, Ministerialdirektor Gerhard Schulte, bestätigten Auffassung die ambulante vertragsärztliche Versorgung der Pflegeheimbewohner zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Damit hätte auch die dafür zu zahlende Gesamtvergütung schon 1991 in die Basis des Vergütungsvolumens des Jahres 1991 einbezogen werden müssen. Dazu ist es aber wegen des zwischen den Krankenkassen und der Freien und Hansestadt Hamburg geschlossenen Vertrages, der eine direkte Abrechnung vorsah, nicht gekommen.
2. Sollte in der Zukunft eine Übernahme der ärztlichen Versorgung der Bewohner der Heime des Landesbetriebes "Pflege und Wohnen" in die ambulante vertragsärztliche Versorgung erfolgen (z.B. durch Ermächtigung einzelner Heimärzte zur Durchführung dieser Behandlung oder durch Verlagerung der Behandlung vom heimärztlichen Dienst auf Vertragsärzte), werden die Partner dieser Vereinbarung die in ihren jeweiligen Gesamtverträgen getroffenen Vergütungsvereinbarungen bezüglich der Basis für die Gesamtvergütungen 1991 entsprechend berichtigen.
3. Hierzu wird folgendes Vorgehen vereinbart:
 - 3.1 Vom Zeitpunkt der Übernahme der ärztlichen Versorgung in die ambulante vertragsärztliche Versorgung an, der einvernehmlich unter den Vertragspartnern festgestellt wird, werden für die Dauer eines Jahres die für die ärztliche Versorgung der Bewohner der Heime des Landesbetriebes "Pflegen und Wohnen" tatsächlich entstandenen Gesamtvergütungsanteile je Gesamtvertrag ermittelt.
 - 3.2 Die so ermittelten Beträge werden durch vier geteilt und ergeben so jeweils die Korrekturbeträge für die Ausgangsquartale I/91 bis IV/91. Die Korrekturen wirken sich ab dem in Nr. 3.1 genannten Zeitpunkt der Übernahme in

die ambulante vertragsärztliche Versorgung auf die Berechnung der Gesamtvergütungen aus.

- 3.3 Die Vertragspartner verpflichten sich, in einem solchen Fall die Ermittlung der Korrekturbeträge sowie die daraus resultierenden Korrekturberechnungen zur Ermittlung der Gesamtvergütungen für die Zeit ab Übernahme der ärztlichen Versorgung in die ambulante vertragsärztliche Versorgung und die sich aus den Korrekturberechnungen ergebenden Veränderungen der Gesamtvergütungen unverzüglich durchzuführen und auszugleichen.
4. Diese Vereinbarung gilt entsprechend auch für budgetrelevante Ausgaben für Arznei- und Heilmittel bei der Übernahme in die ambulante vertragsärztliche Versorgung.
5. Diese Vereinbarung ist Bestandteil der jeweils zwischen den Vertragspartnern abgeschlossenen Vergütungsvereinbarungen.

Anlage F

**zum Gesamtvertrag zwischen der KVH und dem VdAK sowie dem AEV vom
11.4.1996**

in der Fassung des 2. Nachtrages vom 2. Dezember 1997

Vereinbarung über die

**Durchführung einer präventiven Jugendgesundheitsuntersuchung mit dem
Schwerpunkt einer Jugendgesundheitsberatung im Rahmen der Gesundheits-
förderung und Krankheitsverhütung nach § 20 SGB V**

Präambel

Mit der Einführung einer Jugendgesundheitsberatung verfolgen die Partner dieser Vereinbarung das Ziel, bei Jugendlichen im pubertären Alter zur Prävention von Gesundheitsgefährdungen eine präventive Gesundheitsuntersuchung mit dem Schwerpunkt einer Jugendgesundheitsberatung durchzuführen. Dabei soll insbesondere über die Themen Rauchen, Drogen, Alkohol- und Medikamentenkonsum sowie Ernährungsverhalten beraten und informiert werden mit dem Ziel, das Vor- oder Frühstadium einer Erkrankung, Entwicklungsstörung oder gesundheitsschädlichen Verhaltensweise frühzeitig zu erkennen und durch rechtzeitige Intervention ernsthaften Schäden vorzubeugen.

§ 1

Anspruch auf die Leistungen der Jugendgesundheitsberatung (nachfolgend J 1 genannt) haben Versicherte der Ersatzkassen im 13. Lebensjahr.

§ 2

(1) Die Durchführung der J 1 erfolgt ausschließlich durch niedergelassene Vertragsärzte, welche die in Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllen.

(2) Voraussetzung für die Beteiligung an dieser Vereinbarung ist die Teilnahme an einer Einführungsveranstaltung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, die über Inhalt und Ziel der Jugendgesundheitsberatung informiert, sowie die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen gemäß den Leitlinien der Ärztekammer Hamburg.

§ 3

Ziel der Jugendgesundheitsberatung ist die frühzeitige Information und Beratung in Gesundheitsfragen. Im Rahmen einer körperlichen Untersuchung sollen auch Gesundheitsstörungen im Vor- oder Frühstadium erkannt werden, um einen frühzeitigen Therapiebeginn zu sichern und hierdurch einen besseren Behandlungserfolg zu erzielen. Der Leistungsinhalt der Jugendgesundheitsberatung ergibt sich aus dem Dokumentationsbogen (Anlage).

§ 4

(1) Die Dokumentation der Leistung erfolgt anonymisiert auf dem Dokumentationsbogen (Anlage). Die Ausstattung der Praxen mit diesen Vordrucken übernimmt - mit Ausnahme der Kosten für die Vordrucke - die KVH.

(2) Die Dokumentationsbögen werden von den Ärzten getrennt von der Abrechnung an die KVH gegeben. Die Auswertung erfolgt durch das Zentralinstitut (ZI) für die kassenärztliche Versorgung. Nach Ablauf des ersten Vertragsjahres werden die Vertragspartner prüfen, ob eine repräsentative Stichprobe der Dokumentationen für die Auswertung ausreichend ist.

(3) Das ZI berichtet den Vertragspartnern quartalsweise über die Auswertungsergebnisse. Die Form der Auswertung wird zwischen den Beteiligten abgestimmt. Die Kostenerstattung für die Auswertung wird zwischen der KVH und dem ZI geregelt.

§ 5

(1) Die Höhe der Vergütung wird in einem gesonderten Vertrag vereinbart. Die Auswertung der Dokumentation ist mit der Vergütung abgegolten. Nach Ablauf des ersten Vertragsjahres werden die Vertragspartner die Inanspruchnahme der nachgehenden Beratung vor dem Hintergrund des zeitlichen Aufwandes einer Beratung und der damit verbundenen Vergütung überprüfen.

(2) Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über den Behandlungsausweis.

§ 6

Die Einhaltung der Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und des Datenschutzes ist von den teilnehmenden Ärzten und den Vertragspartnern zu gewährleisten.

§ 7

(1) Diese Vereinbarung tritt am 1.1.1995 in Kraft.

(2) Die Vereinbarung wird zunächst für einen Zeitraum von zwei Jahren geschlossen. Mindestens 6 Monate vor Ende der Laufzeit werden die Partner dieser Vereinbarung Gespräche aufnehmen, in denen die Erfahrungen mit der Anwendung der Vereinbarung beraten und die eventuelle Verlängerung der Laufzeit verhandelt wird.

(3) Sollten während der Laufzeit dieser Vereinbarung die Vertragspartner auf Bundesebene eine entsprechende Regelung treffen, tritt diese mit ihrem Inkrafttreten an die Stelle dieser Vereinbarung.

Protokollnotiz

zur

Vereinbarung zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

und dem

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

sowie dem

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

die beiden letzteren vertreten durch die

Landesvertretung Hamburg des VdAK

über die Durchführung einer präventiven Jugendgesundheitsuntersuchung mit dem
Schwerpunkt einer

Jugendgesundheitsberatung

im Rahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung nach § 20 SGB V

Die Vertragspartner stimmen darin überein, daß die
Leistungen nach dieser Vereinbarung entsprechen-
de Satzungsregelungen der einzelnen Ersatzkassen
erfordern (§ 67 Abs. 3 SGB V).

Anlage G

**zum Gesamtvertrag zwischen der KVH und dem VdAK sowie dem AEV vom
11.4.1996**

in der Fassung des 2. Nachtrages vom 2. Dezember 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; § 42 BMV-Ärzte/Ersatzkassen; § 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 Umfang) 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
- offenkundiges 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.
6. Gezielte Plausibilitätskontrollen sind durch die KVH auch dann durchzuführen, wenn eine Ersatzkasse begründete Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung eines Vertragsartes hat. Die Kriterien der Prüfung sind nach Maßgabe des Einzelfalles in Abstimmung zwischen der Ersatzkasse und der KVH zu bestimmen. Als Grundlage dient hier insbesondere der Katalog unter Nrn. 3 und 4. Die KVH informiert die Antragsteller über die Ergebnisse.

Anlage J

**zum Gesamtvertrag zwischen der KV Hamburg
und dem VdAK/AEV vom 11.04.1996
in der Fassung des 32. Nachtrages vom 12.09.2011**

Vereinbarung über Schutzimpfungen

V E R T R A G

nach § 132 e SGB V

über

die

Durchführung

von

S c h u t z i m p f u n g e n

nach § 20d Abs. 1 i.V.m. § 92 Abs. 1 Nr. 15 SGB V

(Schutzimpfungs-Vereinbarung)

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	25
§ 1 - Umfang der Impfmaßnahmen	26
§ 2 - Ausnahmen.....	26
§ 3 - Durchführung der Impfungen	27
§ 4 - Vergütung und Abrechnung	27
§ 5 - Impfstoffe	28
§ 6 - Inkrafttreten, Kündigung, Übergangsregelung.....	28

§ 1 - Umfang der Impfmaßnahmen

- (1) Die von den Vertragsärzten und Vertragsärztinnen (im folgenden Ärzte) in Hamburg durchgeführten Schutzimpfungen haben entsprechend dieser Vereinbarung zu erfolgen. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL) in der jeweils gültigen Fassung sind Bestandteil dieser Vereinbarung und verbindlich anzuwenden.
- (2) Die SI-RL enthält insbesondere Regelungen zu Inhalt und Umfang der Leistungen:
 - Pflichten zur Information
 - Aufklärungspflichten der Ärzte
 - Dokumentation (Impfausweis und Dokumentationsschlüssel nach Anlage)
 - Durchführung der Schutzimpfung
 - Qualifikation der impfenden Ärzte
 - sowie zu Voraussetzungen, Art und Umfang des Leistungsanspruchs für Schutzimpfungen.
- (3) Soweit der Gemeinsame Bundesausschuss keine von den Empfehlungen der STIKO abweichende Entscheidung nach § 12 SI-RL getroffen hat, sind die Empfehlungen der STIKO verbindlich. Zu Änderungen der Empfehlungen der STIKO hat der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von drei Monaten nach ihrer Veröffentlichung eine Entscheidung zu treffen. Kommt eine Entscheidung nicht termin- oder fristgerecht zu Stande, dürfen insoweit die von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen mit Ausnahme von sog. Reiseschutzimpfungen erbracht werden, bis die Richtlinie vorliegt (§ 20d Abs. 1 S. 7f).

§ 2 - Ausnahmen

- (1) Die Schutzimpfungen werden auch vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt. Soweit Schutzimpfungen vom öffentlichen Gesundheitsdienst aufgrund gesetzlicher Vorschriften durchgeführt werden, haben diese Vorrang vor Schutzimpfungen dieser Vereinbarung.
- (2) Folgende Leistungen sind nicht Bestandteil dieser Vereinbarung:
 1. Schutzimpfungen, für die Dritte aufgrund gesetzlicher Vorschriften Kostenträger sind (z.B. Arbeitgeber bei beruflich bedingter Gefährdung, auch im Ehrenamt),

2. Schutzimpfungen, die wegen eines durch einen nicht beruflichen Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind (sog. Reiseschutzimpfungen, siehe hierzu auch Hinweise in der Anlage 1 zur SI-RL)
3. Schutzimpfungen, die nicht Bestandteil der SI-RL sind, als Satzungsleistung einer Krankenkasse
4. sog. „Postexpositionsprophylaxe“ - postexpositionelle Gabe von Sera, Chemotherapeutika oder Impfstoffen im Einzelfall. Dies gilt z.B. für Impfungen gegen Tetanus und Tollwut im Verletzungsfall, soweit es die Applikationen im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang der Verletzung bzw. Exposition betrifft.

§ 3 - Durchführung der Impfungen

- (1) Die Durchführung der Impfungen richtet sich nach jeweils gültigen SI-RL sowie Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO).
- (2) Von der Möglichkeit der Impfung mit Mehrfachimpfstoffen ist Gebrauch zu machen, es sei denn, Kontraindikationen liegen vor.

§ 4 - Vergütung und Abrechnung

- (1) Die Impfleistungen gemäß § 3 werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wie folgt vergütet:

Einfachimpfungen	6,75 Euro
Zweifachimpfungen	7,75 Euro
Dreifachimpfungen	7,75 Euro Ausnahme: MMR- Impfung: 9,74 Euro
Vierfachimpfungen	10,50 Euro Ausnahme: MMR-V- Impfung: 12,18 Euro
Fünffachimpfungen	13,00 Euro
Sechsfachimpfungen	15,58 Euro

Mit den vorgenannten Pauschalen sind sämtliche im Zusammenhang mit Schutzimpfungen zu erbringenden Leistungen abgegolten.

- (2) Die Abrechnung der nach dieser Vereinbarung durchgeführten Leistungen erfolgt durch Angabe der in der Anlage 2 zur SI-Richtlinie aufgeführten Dokumentationsziffern in der Quartalsabrechnung.
- (3) Im Behandlungsfall darf bei einer Splittung von Impfstoffen der Euro-Betrag für diese Impfungen insgesamt nicht den Euro-Betrag übersteigen, der für die Injektion eines Kombinationsimpfstoffes mit der höchst möglichen Anzahl von Einzelantigenen erzielt wird.
- (4) Die KVH stellt den Krankenkassen die Leistungen über das Formblatt 3 Kontenart 993 in Rechnung.

§ 5 - Impfstoffe

- (1) Der Bezug der Impfstoffe erfolgt mit einem Arzneiverordnungsblatt (Vordruck: Muster 16); dabei ist das Feld 8 zu markieren. Entsprechend der „Vereinbarung zur Verordnung von Impfstoffen in der vertragsärztlichen Praxis“ ist die Verordnung - auch in Einzelfällen ohne Patientenbezug – zu Lasten der Barmer-GEK auszustellen.
- (2) Bei der Auswahl der Impfstoffe ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Wirtschaftliche Bezugsmöglichkeiten sind zu nutzen und wahrzunehmen. Bei Abschluss von Rabattverträgen der Krankenkassen für Impfstoffe sind diese von den Ärzten bei Verordnung zu beachten. Die Ärzte sind rechtzeitig über die Rabattverträge zu informieren. Über einen Abschluss von Rabattverträgen für Impfstoffe werden die Ärzte von den Vertragspartnern informiert. Die Ärzte haben Kombinationsimpfstoffe und bedarfsgerechte wirtschaftliche Großpackungen einzusetzen.

§ 6 - Inkrafttreten, Kündigung, Übergangsregelung

- (1) Die Impfvereinbarung tritt ab dem 1. Januar 2012 in Kraft und tritt an die Stelle der bislang gültigen Impfvereinbarungen.
- (2) Die Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres schriftlich gekündigt werden, frühestens zum 31. Dezember 2016.

Hamburg, den 12.09.2011

Ergänzungsvereinbarung

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg,
vertreten durch den Vorstand
(im Folgenden KVH genannt)**

und

**der Techniker Krankenkasse
Bramfelder Straße 140,
22305 Hamburg
(im Folgenden TK genannt)**

über

die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen für Auslandsreisen

und

**Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs mit Humanem
Papillomvirus-Impfstoff (HPV)**

**vom 14. September 2007 in der Fassung
des 3. Nachtrages vom 11. März 2013**

Präambel

Die Vertragspartner vereinbaren in Ergänzung zur jeweils geltenden Impfvereinbarung mit den Verbänden der Ersatzkassen (Anlage J zum Gesamtvertrag) mit Wirkung zum 01.04.2007, die folgenden Regelungen:

§ 1 Reiseimpfungen

(1) Die TK übernimmt für alle Versicherten der TK nach dieser Vereinbarung die Kosten für folgenden Reiseschutzimpfungen von Vertragsärzten, die Mitglieder KVH sind, bei Auslandsreisen – mit Ausnahme von beruflich bedingten Auslandsaufenthalten –, sofern diese von der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut empfohlen sind:

Hepatitis A
Hepatitis B
Hepatitis A und B (Kombinationsimpfstoff)
FSME (Frühsommermeningoenzephalitis)
Meningokokken
Tollwut
Typhus und Hepatitis A (Kombinationsimpfstoff)
Typhus
Cholera
Gelbfieber

(2) Die Abrechnung und Vergütung erfolgt abweichend von den Regelungen der jeweils gültigen Impfvereinbarung mit folgenden Abrechnungsnummern:

Impfung	1. Impfung (Abrechnungsnummer)	Jede weitere Impfung beim selben Arzt- Patienten-Kontakt (Abrechnungsnummer)
Hepatitis A	89950 / 12,00 €	89951 / 6,00 €
Hepatitis B	89952 / 12,00 €	89953 / 6,00 €
Hepatitis A und B (Kombinationsimpfstoff)	89954 / 12,00 €	89955 / 6,00 €
FSME (Frühsommermeningoenzephalitis)	89956 / 12,00 €	89957 / 6,00 €
Meningokokken	89958 / 12,00 €	89959 / 6,00 €
Tollwut	89960 / 12,00 €	89961 / 6,00 €
Typhus und Hepatitis A (Kombinationsimpfstoff)	89962 / 12,00 €	89963 / 6,00 €
Typhus	89964 / 12,00 €	89965 / 6,00 €
Cholera	89966 / 12,00 €	89967 / 6,00 €
Gelbfieber	89968 / 12,00 €	89969 / 6,00 €

(3) Die TK übernimmt außerdem die Kosten für eine im Zusammenhang mit den vorgenannten Reiseimpfungen notwendigen Malaria-Beratung (Abrechnungsnummer 89990).

Prophylaxe	Abrechnungsnummer
Malaria	89990 / 6,00 €

§ 2 HPV-Impfungen

(1) Die TK übernimmt die Kosten für die HPV-Impfung für weibliche Versicherte im Alter von 18 bis zum vollendeten 27. Lebensjahr.

(2) Für den Fall, dass Patientinnen keinen vollständigen Impfschutz bzgl. der HPV-Impfung vor dem 18. Geburtstag im Rahmen der Impfvereinbarung erlangen konnten, sind die nach der Impfvereinbarung begonnenen Impfungen nach den dortigen Voraussetzungen und Vergütungsregelungen zu vervollständigen. Eine Abrechnung über die Ergänzungsvereinbarung ist insoweit ausgeschlossen.

§ 3 Vergütungsregelungen

(1) Die Vergütung der HPV-Impfung nach dieser Vereinbarung (§ 2) erfolgt in Höhe von 33,60 € und wird außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung von den teilnehmenden Krankenkassen gezahlt. Von diesem Betrag entfallen

- € 21,-- auf die 1. Impfung (Abrechnungsnummer 89941)
- € 6,30 auf die 2. und 3. Impfung (Abrechnungsnummer 89942).

(2) Die Schutzimpfungen für Auslandsreisen nach § 1 dieser Vereinbarung werden ebenfalls außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung für die 1. Impfung mit einem Betrag in Höhe von 12,-- € vergütet. Für jede weitere Impfung, die beim selben Arzt-Patienten-Kontakt anfällt, werden 6,-- € vergütet. Die Beratungsleistung für die Malaria-Prophylaxe wird mit 6,-- € (Abrechnungsnummer 89990) vergütet.

(3) Sofern bei einem Patienten eine Indikation für eine Schutzimpfung entsprechend des Vertrages über die Durchführung von Schutzimpfungen und gleichzeitig nach dieser Vereinbarung vorliegt, gelten die Bestimmungen des Vertrages über die Durchführung von Schutzimpfungen.

(4) Abweichend von den Regelungen der Impfvereinbarung kann eine eventuelle weitere Impfung innerhalb desselben Arzt-Patienten-Kontaktes mit der dafür vorgesehenen Abrechnungsnummer dieser Vereinbarung abgerechnet werden. In solchen Fällen werden beide Impfhonorare von den teilnehmenden Krankenkassen vergütet.

(5) Der jeweilige Impfstoff/Malariaprophylaxe (Tabletten) ist mit Muster 16 auf den Namen des Patienten zu Lasten der teilnehmenden Krankenkasse zu beziehen. Das Markierungsfeld 8 (Impfstoffe) des Musters 16 ist anzukreuzen. Ein Bezug zu Lasten des Sprechstundenbedarfs (SSB) ist ausgeschlossen.

(6) Für die Schutzimpfungen dieser Vereinbarung wird von den teilnehmenden Krankenkassen keine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit vorgenommen. Die Kosten für Impfstoffe nach dieser Vereinbarung werden nicht in die Ausgabenvolumina nach § 84 Abs. 5 SGB V eingerechnet.

§ 4

Vertragsentwicklung, Laufzeit und Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt am 1. Oktober 2007 in Kraft.

(2) Sie kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres, frühestens jedoch zum 31. Oktober 2008 gekündigt werden.

(3) Nach Ablauf von 2 Quartalen wird durch die TK auf Basis der vorliegenden Formblätter (FB 3) analysiert, ob es bei den Abrechnungen Verlagerungen von der/den Impfvereinbarung(en) zu dieser Vereinbarung über die Durchführung von Reiseimpfungen gibt. Die Vertragspartner werden sich bei Bedarf verständigen, ob bzw. welche Maßnahmen daraufhin einzuleiten sind.

§ 5

Beitrittsmöglichkeit

(1) Mit Zustimmung der TK und der KVH können andere Krankenkassen und/oder -verbände nach Beginn dieser Vereinbarung ihren Beitritt schriftlich gegenüber der KVH erklären. Der Beitritt erfolgt mit Wirkung zum Beginn des auf die Beitrittserklärung folgenden Quartals. Erfolgt die Beitrittserklärung später als 4 Wochen vor Quartalsbeginn, so tritt die Wirkung erst mit Beginn des übernächsten Quartals ein.

(2) Beigetretene Krankenkassen und/oder -verbände können ihren Beitritt mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende des Quartals schriftlich gegenüber der KVH kündigen. Teilkündigungen sind nicht möglich. Die KVH informiert die Ärzte und die am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen/-verbände. Die Wirksamkeit des Vertrages wird hiervon im Übrigen nicht berührt.

(3) Die KVH informiert die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte sowie die übrigen teilnehmenden Krankenkassen.

Hamburg, den 11.03.2013

Anlage K

**zum Gesamtvertrag zwischen der KVH und dem VdAK sowie dem AEV vom
11.04.1996 in der Fassung des 16. 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 Überschreibungsbetrages nach § 1 erwerben die durch den VdAK/AEV 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 Versorgungszielen 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 den VdAK/AEV 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 Prüfungsgremien nach § 106 SGB V beauftragt. Näheres zum Verfahren regelt die Prüfungsvereinbarung.

§ 3 Durchsetzung der Ansprüche

(1) Bestandskräftige Regressansprüche der durch die von den VdAK/AEV 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 Vertragsarzt 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.

Protokollnotiz

zur Anlage K

des Gesamtvertrages der KVH mit dem VdAK sowie dem AEV vom 11.04.1996 in der Fassung des 16. Nachtrages vom 21.04.2005

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 Prüfungsgremien festgestellte Überschreibungsbetrag wird daher von den Vertragspartnern als nach gemeinsamer Bewertung minimal feststehender Überschreibungsbetrag des Ausgabenvolumens anerkannt, soweit er den Betrag der nach § 1 Abs. 2 getroffenen verbindlichen Festlegung der Parteien nicht überschreitet.

Anlage M

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH und dem VdAK sowie dem AEV vom
11.04.1996 in der Fassung des 30. Nachtrages vom 24.01.2009

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 EBM-Nrn. 01750 bis 01758 und Kapitel 40, Abschnitt 40.16 EBM außerhalb der kopfpauschalieren Gesamtvergütung. Die Leistungen werden über die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg abgerechnet.

Ab 01.01.2009 lautet Absatz (1) gem. 28. Nachtrag zum Gesamtvertrag wie folgt:

- (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. Die Leistungen werden über die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg abgerechnet.
- (2) Die Vertragspartner vereinbaren einen Punktwert für die abgerechneten Leistungen, der quartalsweise entsprechend der Teilnehmerquote angepasst wird. Es wird folgende Staffelung des Punktwertes vereinbart:

Teilnehmerquote	Punktwert in Cent
bis < 40%	5,11
40% bis < 50%	4,95
50% bis < 60%	4,80
60% bis < 70%	4,65
ab 70%	4,50

Die Teilnehmerquote wird den Vertragsparteien quartalsweise von der Zentralen Stelle nach Nr. 4. b Abs.5 der Krebsfrüherkennungsrichtlinien übermittelt.

Ab 01.01.2009 lautet Absatz (2) gem. 28. Nachtrag zum Gesamtvertrag wie folgt:

- (2) Der Punktwert für die Vergütung der abgerechneten Leistungen ist der Punktwert zur Kalkulation der Vergütung der Leistungen nach der regionalen Euro-

Gebührenordnung im Jahre 2009 (3,5001 Cent). Die Partner dieser Vereinbarung stellen fest, dass zur Sicherstellung einer ausreichenden und bedarfsgerechten Versorgung unter Berücksichtigung der bisherigen gesamtvertraglichen Regelungen zu einer angemessenen Vergütung weitere Regelungen erforderlich sind. Dies erfolgt im Versorgungsbereich Hamburg in Form der nachfolgend quartalsweise entsprechend der Teilnehmerquote anzuwendenden Staffelung mittels leistungsbezogener Zuschläge zum regionalen Punktwert. Auf diese Weise soll eine Absenkung der Vergütung unter das Niveau des Jahres 2008 vermieden werden:

Teilnehmerquote	Punktwert	Leistungsbezogener Zuschlag auf den Punktwert in Cent
bis < 50%	3,5001	0,1857
50% bis < 60%	3,5001	0,0740
ab 60%	3,5001	-

Die Teilnehmerquote wird den Vertragsparteien quartalsweise von der Zentralen Stelle nach Nr. 4. b Abs.5 der Krebsfrüherkennungsrichtlinien übermittelt.“

Ab 01.01.2010 lautet Absatz (2) gem. 30. Nachtrag zum Gesamtvertrag wie folgt:

- (2) Der Punktwert für die Vergütung der abgerechneten Leistungen ist der Punktwert zur Kalkulation der Vergütung der Leistungen nach der regionalen Euro-Gebührenordnung im Jahre 2010 (3,5048 Cent). Die Partner dieser Vereinbarung stellen fest, dass zur Sicherstellung einer ausreichenden und bedarfsgerechten Versorgung unter Berücksichtigung der bisherigen gesamtvertraglichen Regelungen zu einer angemessenen Vergütung weitere Regelungen erforderlich sind. Dies erfolgt im Versorgungsbereich Hamburg in Form der nachfolgend quartalsweise entsprechend der Teilnehmerquote anzuwendenden Staffelung mittels leistungsbezogener Zuschläge zum regionalen Punktwert. Auf diese Weise soll eine Absenkung der Vergütung unter das Niveau des Jahres 2008 vermieden werden:

Teilnehmerquote	Punktwert	Leistungsbezogener Zuschlag auf den Punktwert in Cent
bis < 50%	3,5048	0,1810
50% bis < 60%	3,5048	0,0693
ab 60%	3,5048	-

Die Teilnehmerquote wird den Vertragsparteien quartalsweise von der Zentralen Stelle nach Nr. 4. b Abs.5 der Krebsfrüherkennungsrichtlinien übermittelt.

- (3) Mit der Vergütung sind alle weiteren Kosten des Mammographie-Screenings abgegolten.

§ 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.

PROTOKOLLNOTIZ

zur Anlage M

des Gesamtvertrages der KVH mit dem VdAK sowie dem AEV vom 11.04.1996
in der Fassung des 17. Nachtrages vom 24.01.2006

Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, die Bundesempfehlung nach § 86 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur angemessenen Veränderung der Gesamtvergütungen im Rahmen der Einführung des nationalen Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum 01. Januar 2004 umzusetzen.

Anlage N

**zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und dem vdek**

**vom 11. April 1996
in der Fassung des 27. Nachtrages vom 15. Juli 2009**

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 Teilnahme genehmigung 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 01.07.2010 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 Jugendlichen 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

Abweichend von der vorstehenden Vereinbarung wird im 3. und 4. Quartal 2010 zusätzlich zur jeweils in Ansatz gebrachten Vergütungspauschale (GOP 94700) gemäß § 5 Abs. 2 dieser Anlage zum Gesamtvertrag eine weitere Vergütungspauschale (GOP 94701) in Höhe von je 855 EUR vergütet.

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 O

zwischen der KVH und dem vdek

**zum Gesamtvertrag vom 11. April 1996
in der Fassung des 29. Nachtrages vom 20.04.2011**

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 einem 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 Honorarabrechnung 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	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 P

zwischen der KVH und dem vdek

zum Gesamtvertrag vom 11. April 1996
in der Fassung des 35. Nachtrages vom 9. 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: _____

[illegible]

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 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.

3.4. 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 versorgungsbe-reichsspezifisch 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 geson-derten vertraglichen Regelungen sowie durchlaufende Posten ein.

3.7. Zur Vermeidung zukünftiger Verwerfungen in der Honorarsystematik und zur korrek-ten Darstellung des Hamburger Leistungsgeschehens im Zuge zukünftiger Datenlieferun-gen 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 zugesich-ert.

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 be-

rücksichtigt. 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 bereitchaftsdienst-habende 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.

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 KVVH gemäß Nr. 8 des Honorarvertrages 2010 herauszufiltern und nicht als mit der Nummer 88200 gekennzeichnete Leistungsbedarfe 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 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 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

- Unterschreitungenbeträge 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.
- Unterschreitungenbeträge 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 Landessozialgericht 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 Landessozialgericht 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 ambu-

lanten 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 bereitchaftsdienst-habende 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 nachträglich 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.

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 MGW 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 MGW in Punkten je Quartal (Leistungen in Euro sind mit OPW 3,5048 Cent umzurechnen) bereinigt um die gemäß der Honorarvereinbarung außerhalb der MGW 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)	x
inkl. Anpassungsfaktor 1,1018	
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 MGW 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 MGW 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 MGW in Punkten je Quartal (Leistungen in Euro sind mit OPW 3,5048 Cent umzurechnen) bereinigt um die gemäß der Honorarvereinbarung außerhalb der MGW 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)	x
inkl. Anpassungsfaktor 1,1018	
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 MGW 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 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 Leistungsbedarfe 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 ent-

sprechenden 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 Landessozialgericht 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 ange-

ordnet, entfaltet diese Anordnung sofortige Wirkung auf den vorliegenden Honorarvertrag.

Ergibt sich aus dem rechtskräftigen Urteil der beim Landessozialgericht 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 Landessozialgericht 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 KVV 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 KVV 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 bereitchaftsdiensthabende 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 datenannahmefähigen 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.

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	
<i>Summe MGV Leistungsbedarf in Punkten</i>		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 x
zum OPW 3,5048 Cent (Ergebnis 9. * 0,035048 EUR)**

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 Hautkrebscreening [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	
<i>Summe MGv Leistungsbedarf in Punkten</i>		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 eingereicherter 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.

0

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 Landessozialgericht 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 Beschlusstells C angeordnet; diese entfaltet unmittelbare Wirkung auf den vorliegenden Honorarvertrag.

Ergibt sich aus dem rechtskräftigen Urteil der beim Landessozialgericht 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 bereitchaftsdiensthabende 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 Pfl egetag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pfl egetage.

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. Versichertenanzahl des Ausgangszeitraumes lt. Satzart ANZVER87c4

7. Leistungsbedarf je Versicherten:

Ergebnis 5.2/ 6.

**8. aktuelle Versichertenanzahl 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:
(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. 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 Schiedsamtverfahren 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 NORTHWEST**, 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 213,
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-

Verfahrensbefugmächtiger:

Geiss 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

unparteiliche 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 Jörn 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 Richtschrift
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 3.6089 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 2.263 % erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert-Orientierungspunkt von 3.5363 Cent als Orientierungswert.

10.036 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 2.998 % erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert-Orientierungspunkt von 10 Cent als Orientierungswert (BA-Beschluss, 304. Sitzung am 19.04.2013, Ziffer I).

17.2083 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 Datenerlieferungen nach Satzart KASSRG87aMGV_SUM zwischen den Datenmeldungen der Kassen einerseits und der KV Hamburg andererseits 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 KASSRG87aMGV_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 Landesentscheidungsamt erfolgt eine nachträgliche Korrektur des vorläufigen Wertes.~~

~~3.3. 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 Abstufungsquote gemäß Ziffer 2.2.1, Nr. 1 dieses Beschlusses ermittelt.~~

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 4.132 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 0,466 Punkten je Versicherten und der Versichertenanzahl des 1. Quartals 2013 aller Kassen ergibt (Bereinigung MRSA).

3.8. 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.

3.9. 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 Versichertenanzahl einschließlich der damit einhergehenden Anpassung aufgrund der Bereinigungsmenge je Versicherten anzupassen. Die Berücksichtigung der in der Datennlieferung ANZVER67a bzw. ANZVER67a ausgewiesenen Personengruppen erfolgt dabei analog zu den Vorjahren. Anderslautende bilaterale Absprachen der Krankenkasse mit der KV Hamburg bleiben unberührt.

3.10. 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 1,0662 % 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).

3.11. 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. ~~8~~ 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). ~~Gegenseitig 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“).~~ X
Fried

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 Versichertenanzahl des 1. Quartals 2012 der Kasse ergibt (Bereinigung MRGA).

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 424.022,00 EUR zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung erhöht.

3. ~~9~~ 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. X

3. ~~10~~ 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 3.45 der Summe der Anteile der fusionierten Krankenkassen entspricht. X

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 Vertragspartnern getroffen. X

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 Hautkrebscreenings nach der GOP 01745, 01746,

4.65. Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

4.79. Leistungen der Strahlentherapie nach Kapitel 25 (GOP 25210 bis 25342) sowie Kostenpauschalen der Strahlentherapie nach Kapitel 40.15 (GOP 40840, 40841),

4.83. 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, 06510 X, 06530 X, 06531 X, 06540 X bis 06542 X, 06550 bis 06552 X, 06560 X, 06561 X, 06570 X bis 06574 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,

4.109. Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den GOP 01950 bis 01952,

4.119. Exzisionen beim Hautkrebscreening 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 13.3.8. 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 400, Ebene 6; X
- 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 13424, 04514, 04515, 04516 und 04520 des EBM.
- 4.21. Leistungen zur diemorphingestützten 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 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, 01511, 01512).

Die genannten Leistungen werden zur Abgrenzung gegenüber den von anderen Arztgruppen erbrachten Leistungen, die innerhalb der MGV verbleiben, mit einem * 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 von demselben Arzt für den gleichen Patienten am gleichen Tag abrechnet werden.

Hand Maß =
gibt der KV
besonders

x

5. Unbesetzt Für die Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.2 und 1.7.4 des EBM inklusive 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 10,218% 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 10,613%.

10,218%

10,613%

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:

9,66 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);

- h) Pauschale für einen Besuch nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als ortster 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 Wegabereiche.

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 ~~unwesentlich~~, 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 Auftauchen 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 ambulante-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 bereitchaftsdiensthabende 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 Krankenträgers – 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. X

~~8.2 Sachkosten werden im Formblatt 3 des jeweiligen Sachkassens in der Hauptleistung bis zur 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 diese eine Rechnungskopie zur Verfügung, aus der die Art des Medizinproduktes, das Verzehrs die Kosten hervorgehen.~~ X

8. 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.

40. 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-Viertel (berichtszeitigen) 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.

Formblatt

11. Die Anrechnung von Kostenersatzungen 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 Versorgungsbe-
reich Hamburg für die Zeit vom 01.01.2013 bis zum 30.09.2013**

wird noch ausgeführt

Honorarvereinbarung 2013 vom xx.xx.2013

Anlage 2

zur Honorarvereinbarung 2013

**Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbe-
reich 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 Eurobeiträge 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 kassenspezifischen Prüferträge nach Anlage 1		
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		

	die in Nr. 3 genannten Leistungen im entsprechenden Quartal 2012 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aNVL_SUM bzw. ...IK)		
940.	= angepasste Leistungsmenge in Punkten (6-7) - (8-9) 5 - 6 - 7 + 8		
1044.	Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf in Prozent (=109b / 109a)		
1142.	Vorläufiger Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten (=4 * 104)		
12.	= Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach Anlage 4		
13.	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten (= 11 - 12)		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

4314.	Anpassung Versichertenzahl: =1213 / (ANZVER87c4 bzw. ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2012) * (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2012)		
4415.	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: =4314 + [(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)]		
4516.	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate: =4415 * 1,010682		
4617.	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)		
4718.	Berücksichtigung des Anpassungsbetrags wg. Weiterentwicklung EBM =4516 + 4617		
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:		

	= 18 + 19
21.49.	Berücksichtigung der Differenzbereinigung gemäß Ziffer 3.8 der Honorarvereinbarung-288. BA, Ab 01.10.2013 unter Berücksichtigung des 304. BA-Beschlusses
22.49.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: = (17 + 18) (20 + 21) * 0,036099 (ab dem 01.10.2013: (20 + 21) * 0,102083) = Kassenspezifische MGv in Euro

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-erhebenden 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 HVA) 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 § 106a SGB V innerhalb der MGV-erhebenden Korrekturen.~~

~~Die Berücksichtigung der Korrekturen erfolgt nach folgendem Verfahren:~~

~~(a) Sofern einvernehmlich festgestellte oder durch rechtskräftiges 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 Krankenkassen zurückzahlen.~~

~~(b) Sofern einvernehmlich festgestellte oder durch rechtskräftiges 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 Vermütungshöhe anderer Kassen haben. Der so ermittelte Wert bildet den tatsächlichen Aufsatzwert, der Basis für die Berechnung der zu zahlenden MGV der jeweiligen Kasse und Quartals des Jahres 2013 ist.~~

2 Für die Geltendmachung der Ansprüche gelten die gesetzlichen und in den regionalen Prüfvereinbarungen nach § 106 a SGB V vereinbarten Regelungen und Fristen.

Honorarvereinbarung 2013 vom xx.xx.2013

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 das 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 Berechnung 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.

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 MGK 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

Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes

vom 18.12.2012

Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes

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
- 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

vom 20. Dezember 2010 in der Fassung des
27. Nachtrag zum Gesamtvertrag der AOK Rheinland/Hamburg,
der 27. Nachtrag zum Gesamtvertrag des BKK Landesverbandes Nordwest,
der 25. Nachtrag zum Gesamtvertrag der IKK classic,
der 2. Nachtrag zum Gesamtvertrag der Knappschaft und
der 33. Nachtrag zum Gesamtvertrag der Ersatzkassen in Hamburg

bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V
im Falle KV-bereichsübergreifender
Inanspruchnahme

Dieser gemeinsam und einheitlich 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 01.01.2013 bis 31.12.2013 die nachfolgende Vereinbarung zur Umsetzung der Beschlüsse des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c und 140a ff SGB V bei KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme.

§ 1 Grundlagen

- (1) Bereinigungen nach dieser Vereinbarung erfolgen auf der Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 (Teil A)

- Bereinigungsbeschluss für 2013 -

(im Folgenden 288. BA) mit Wirkung ab dem I. Quartal 2013 bis einschließlich des IV. Quartal 2013. 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 fassen, 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 2013 in Kraft und endet, ohne dass es hierfür einer Kündigung bedarf, am 31.12.2013.

§ 3 Besonderheiten für das I. Quartal 2013

Aufgrund des mit Wirkung für das I. Quartal 2013 bestehenden bestätigenden Schriftwechsels zwischen den rubrizierenden Partnern dieser Vereinbarung erfolgt für das I. Quartal 2013 eine auf dieser Vereinbarung beruhende Spitzabrechnung der im Schriftwechsel geregelten Abschlagsregelung für das I. Quartal 2013.

§ 4

Inanspruchnahme des Kollektivsystems

- (1) Erfolgt durch in Selektivverträgen eingeschriebene Versicherte eine Inanspruchnahme von selektivvertraglich vereinbarten Leistungen, 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 gemäß des 288. Beschlusses – Teil A – Ziffer 3.1.6 Nr. 4 erbrachten Leistungen werden Abschlagszahlungen vereinbart. Die Ermittlung der Abschlagszahlungen erfolgt dabei in entsprechender Anwendung der jeweils geltenden Gesamtverträge.

§ 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 288. Beschluss Teil A Ziffer 3.1.4 verbindlich anzuwenden. Es werden keine pauschalen Bereinigungsbeträge vereinbart.
- (3) Sofern die Bereinigung Selektivverträge mit situativer Einschreibung/Teilnahme betrifft, wird die Bereinigung nach Feststellung des für den Selektivvertrag maßgeblichen Bereinigungsbetrages je Versicherten anhand der von der Krankenkasse gemeldeten Zahl der tatsächlichen Inanspruchnehmer des Selektivvertrages vorgenommen.
- (4) Zur sachgerechten Berücksichtigung der von Hausärzten veranlassten Laborleistungen werden in den vier Quartalen in 2013 zusätzlich auch die in den jeweiligen Ziffernkränzen genannten Laborleistungen des Kapitels 32 EBM bereinigt, die von Hausärzten 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.
- (5) 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.

§ 6 Datenlieferung

- (1) Hinsichtlich der Datenlieferungen für Bereinigungen ab dem 1. Quartal 2013 findet der 288. Beschluss Anwendung.
- (2) 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) Für Leistungen, die nicht im Ziffernkranz aufgeführt sind, findet eine Bereinigung nicht statt.
- (5) Für das 1. Quartal 2013 gilt § 3.

§ 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 18.12.2012

Protokollnotiz

zur

Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes

bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V
im Falle KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme vom 18.12.2012

(zugleich 27. Nachtrag zum Gesamtvertrag der AOK Rheinland/Hamburg, 27. Nachtrag zum Gesamtvertrag des BKK Landesverbandes Nordwest, 25. Nachtrag zum Gesamtvertrag der IKK classic, 2. Nachtrag zum Gesamtvertrag der Knappschaft und 33. Nachtrag zum Gesamtvertrag der Ersatzkassen in Hamburg)

Die Partner der vorgenannten Bereinigungsvereinbarung stimmen darin überein, dass die nachfolgend beschriebenen Regelungen aufgrund der Neugestaltung des EBM durch die sog. „Währungsreform“ (304. Beschluss des BA) und die Regelungen zum sog. Hausarzt-EBM (309. Sitzung des BA) zusätzlich zur Vereinbarung erforderlich geworden sind, um die Umsetzung für 2013 zu gewährleisten.

- I. Für das 4. Quartal 2013 wird die Anhebung des Orientierungspunktwertes gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 304. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bei der Differenzbereinigung berücksichtigt. Hierzu werden die Bereinigungsmengen für Neueinschreiber sowie die historischen individuellen Bereinigungsmengen für Rückkehrer mit dem Faktor 0,35363 multipliziert.
- II. Die Ermittlung der Bereinigungsmengen für das 4. Quartal 2013 erfolgt auch nach In-Kraft-Treten des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 309. Sitzung auf Grundlage der Gebührenordnungspositionen (GOP) des bis zum 30. September 2013 gültigen EBM. Die Ermittlung und Abrechnung von Leistungen aus nichtvertragskonformer Inanspruchnahme erfolgt ab 1. Oktober 2013 auf Basis der Anlage 2 zum Beschluss Teil B des Bewertungsausschusses in seiner 314. Sitzung am 29.- August 2013 (Transformationstabelle).
- III. 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 berücksichtigt. Der Ausweis erfolgt im Rechnungsbrief und im Formblatt 3, für HZV-Verträge unter Kontenart 9959, Vorgang 995.