

Zwischen

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

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird folgende

Honorarvereinbarung 2015

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitlich vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2015“ Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt. Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).

Präambel

Diese Vereinbarung basiert auf den Beschlüssen des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses, im Folgenden (E)BA genannt. Vorgaben und/oder Empfehlungen gemäß der Beschlüsse des (E)BA finden Anwendung, soweit nicht im Folgenden Abweichendes vereinbart ist.

1. Ambulante ärztliche Leistungen werden, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, nach der regionalen EUR-Gebührenordnung gemäß § 87a Absatz 2 Satz 5 SGB V vergütet.

Dies gilt auch für ambulante ärztliche Leistungen von Krankenhäusern in Notfällen mit der Maßgabe, dass diese mit 90 % nach der gemäß § 87a Absatz 2 Satz 5 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen regionalen EUR-Gebührenordnung vergütet werden.

2. Der Punktwert zur Berechnung der regionalen EUR-Gebührenordnung (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) beträgt 10,4858 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 2,083 % (0,2140 Cent) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 10,2718 Cent als Orientierungswert.

2.1. Verspätet eingereichte Behandlungsausweise werden dem Quartal des Zeitpunktes der Einreichung zugerechnet, mit den Behandlungsausweisen des Abrechnungsquartals zusammengeführt und nach den Bestimmungen des Verteilungsmaßstabes vergütet, die zum Zeitpunkt der Einreichung gelten. Dies gilt nicht, soweit hinsichtlich der abgerechneten Leistungen zwischenzeitlich Änderungen des EBM bzw. der Vergütungsstruktur und -höhe erfolgt sind. Insoweit erfolgt die Vergütung zu den Bedingungen des Abrechnungsquartals der Leistungserbringung. Den Krankenkassen dürfen durch die Zurechnung verspätet 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 nach Maßgabe der nachstehenden Ziffern 3.1. bis 3.7. sowie den Vorgaben und Empfehlungen der BA-Beschlüsse (333. Sitzung Beschluss Teil A und 339. Sitzung Beschluss Teil D) ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals und dem Punktwert nach Nr. 2. Die Berechnung erfolgt für jedes Quartal des Jahres 2015 getrennt.

3.1. Ausgangspunkt für die Berechnung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs ist die Feststellung des insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV Hamburg für das Vorjahresquartal vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß Ziffer 2.2.1.1 des 333. Beschlusses Teil A des BA.

3.2 Zur Berücksichtigung der im Vergleich mit den Vorjahresquartalen geänderten Abgrenzung morbiditätsbedingter von extrabudgetärer Gesamtvergütung ist der nach Ziffer 3.1. festgestellte, bereinigte Behandlungsbedarf gemäß den Vorgaben des BA-Beschlusses (333. Sitzung Beschluss Teil A, Ziffer 2.2.1.2) anzupassen.

Von dem nach Ziffer 3.1. festgestellten, bereinigten Behandlungsbedarf sind danach die Brutto-Punktmengen folgender Leistungsbereiche abzuziehen:

- Leistungen nach der GOP 01418 EBM gem. 4.27 dieser Vereinbarung soweit für diese nicht bereits eine basiswirksame Bereinigung des Behandlungsbedarfs in 2014 (Ziffer 4.27 in Verbindung mit Ziffer 3.2. Nr. 2 der Honorarvereinbarung 2014) im Zusammenhang mit der Bereinigung der GOP 01411 (EBM in der Fassung vor dem 341. BA am 17.12.2014) erfolgt ist. Bezogen auf das Vorjahresquartal wird hierzu die Anzahl aller abgerechneten GOP 01411 mit der Scheinuntergruppe 44 (Notfalldienst) ermittelt und mit der Punktzahldifferenz der GOP 01411 zu GOP 01418 multipliziert.

3.3. Im Anschluss daran erfolgt gem. Ziffer 2.2.1.3 des BA-Beschlusses (333. Sitzung Beschluss Teil A) für das jeweilige aktuelle Abrechnungsquartal der Abzug von Bereinigungsbeträgen aufgrund ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von dem festgestellten, bereinigten Behandlungsbedarf gem. Ziffer 3.2. dieser Vereinbarung.

3.4. Der gemäß Ziffer 3.1. festgestellte und gemäß Ziffer 3.2 und 3.3. angepasste Behandlungsbedarf wird gemäß Ziffer 2.2.2 des BA-Beschlusses (333. Sitzung Beschluss Teil A) unter Berücksichtigung der Prüfergebnisse nach § 106a SGB V auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt. Dabei wird sichergestellt, dass die dort in Bezug genommenen ARZTRG87aKA-Daten des Vorjahresquartals entsprechend der geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Abrechnungsquartal angepasst werden. Dabei wird ferner sichergestellt, dass die Berücksichtigung der sich aus kassenseitigen Prüfanträgen ergebenden Korrekturen die insgesamt über alle Kassen zu zahlende MGV nicht verändert.

3.5. Der so auf die Kassen aufgeteilte Behandlungsbedarf ist anschließend gemäß Ziffer 2.2.3 des BA-Beschlusses (333. Sitzung Beschluss Teil A) zur Berücksichtigung der Änderungen in der Versichertenzahl einschließlich der damit einhergehenden Anpassung aufgrund der Bereinigungsmenge je Versicherten anzupassen. Die Berücksichtigung der in der Datenlieferung ANZVER87c4 bzw. ANZVER87a ausgewiesenen Personengruppen erfolgt dabei analog zu den Vorjahren. Anderslautende bilaterale Absprachen der Krankenkasse mit der KV Hamburg bleiben unberührt.

3.6. Der so kassenspezifisch ermittelte Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal ist wie folgt gemäß Ziffer 2.2.4. der BA-Beschlüsse (333. Sitzung Beschluss Teil A sowie der 339. Sitzung Teil D) fortzuentwickeln:

1. Berücksichtigung der Morbiditätsveränderung gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gem. des BA-Beschlusses (334. Sitzung am 27.08.2014). Dabei erfolgt die Gewichtung der gemäß BA-Beschluss berechneten Veränderungs-raten zu 50 % anhand der Demografie ($0,0326 \% \times 50\% = 0,0163 \%$) und zu 50 % anhand der Diagnosen ($0,0582 \% \times 50 \% = 0,0291 \%$). Der Aufsatzwert wird damit um 0,0454 % erhöht.
2. Berücksichtigung der basiswirksamen Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur weiteren Förderung der fachärztlichen Grundversorgung für die vier Abrechnungsquartale des Jahres 2015 zusätzlich um 0,0277 % gem. des BA-Beschlusses (339. Sitzung Teil D).

3.7 Für Neueinschreiber in bzw. Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen erfolgt eine Differenzbereinigung gemäß Ziffer 3 des BA-Beschlusses (333. Sitzung, Teil B sowie 339. Sitzung Teil D). Es sind zwingend die Regelungen gesonderter Bereinigungsvereinbarungen zwischen der Krankenkasse und der KV Hamburg zu berücksichtigen.

Zur Umsetzung des Beschlusses aus der 328. Sitzung sowie der 338. Sitzung des Bewertungsausschusses zur nachträglichen Bereinigung aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung für das 2. bis 4. Quartal des Jahres 2014 erfolgt im 2. bis 4. Quartal des Jahres 2015 eine nicht basiswirksame Bereinigung des resultierenden kassenspezifischen Behandlungsbedarfs um den KV - spezifischen Prozentsatz gemäß Nr. 2.2.1.3, Satz 2, multipliziert mit dem kassenspezifischen Aufsatzwert gemäß Nr. 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses (333. Sitzung Beschluss Teil A).]

Den Vertragspartnern dieser Vereinbarung ist bewusst, dass zum Zeitpunkt der Unterzeichnung dieser Vereinbarung die notwendigen Folge-Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Festlegung des vorgenannten kv-spezifischen Prozentsatzes noch nicht vorlagen. Soweit dieser Beschluss diesbezüglich verbindliche Vorgaben trifft, sind diese auf die vorliegende Honorarvereinbarung 2015 unmittelbar anzuwenden. Andernfalls werden die ggf. notwendigen Regelungen Gegenstand einer Nachtragsvereinbarung zu dieser Honorarvereinbarung.

3.8 Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4 dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht kann ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V unter zwingender Beachtung der Empfehlungen des BA-Beschlusses

gem. § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 (333. Sitzung am 20. August 2014) begründet werden. Insbesondere kann keine Nachschusspflicht aus Regelungen zur Honorarverteilung resultieren.

3.9 Für den Fall von Kassenfusionen vereinbaren die Vertragspartner, dass soweit zwischen den jeweiligen Gesamtvertragspartnern nicht etwas anderes vereinbart ist, der kassenspezifische Anteil gemäß Ziffer 3.4 der Summe der Anteile der fusionierten Krankenkassen entspricht.

3.10. Die Beschlüsse des BA in seiner 333. Sitzung (Teil B – Bereinigungsbeschluss) sowie in seiner 339. Sitzung (Teil D) wird – soweit noch nicht erfolgt – umgesetzt. Eine ggf. notwendige Verfahrensregelung wird zwischen den Vertragsparteien getroffen.

Vorgaben des BA nach § 87a Absatz 5 Satz 7 SGB V im Zusammenhang mit § 116b Absatz 6 Satz 13 bis 15 SGB V, zu denen insbesondere die 335. und 338. Sitzung gehören, werden umgesetzt. Die hierfür ggf. notwendigen Regelungen werden zeitnah nach Inkrafttreten eines entsprechenden Beschlusses zwischen den Vertragspartnern getroffen. Im Übrigen gilt Ziffer 3.3. und 3.7 dieser Vereinbarung.

3.11. Die Vertragspartner vereinbaren zur Förderung der Leistungen der Psychosomatik eine nicht basiswirksame Förderungssumme in Höhe von 1 Mio EUR.

Zur kassenseitigen Umsetzung dieser Förderung ist der Betrag in Höhe von 1 Mio EUR gleichgewichtig auf die 4 Quartale des Jahres 2015 aufzuteilen (250.000 EUR je Quartal). Der von einer Krankenkasse zu finanzierende Anteil am jeweiligen Förderungsbetrag eines Quartals ergibt sich in entsprechender Anwendung der Regelung zur Aufteilung des Behandlungsbedarfs auf die einzelnen Krankenkassen gemäß Ziffer 3.4. dieser Vereinbarung.

Zur arztseitigen Umsetzung dieser Förderung wird der ermittelte quartalsbezogene Förderungsbetrag anschließend entsprechend der abgerechneten Leistungen nach den GOPn 35100/35110 im entsprechenden Vorjahresquartal 2014 in einen hausärztlichen und fachärztlichen Förderbetrag aufgeteilt. Aus dem so ermittelten hausärztlichen bzw. fachärztlichen Förderbetrag erfolgt im jeweiligen Abrechnungsquartal des Jahres 2015 die Förderung von Ärzten, die Leistungen der Psychosomatik abgerechnet haben. Der arztindividuelle Förderungsbetrag eines Quartals entspricht dem individuellen Anteil entsprechend der Anzahl der abgerechneten GOP 35100 und/oder 35110 an dem für die Haus- bzw. Fachärzte zur Verfügung stehenden Förderungsbeträgen.

Die Förderung erfolgt unabhängig von der Finanzierung und Vergütung der GOP 35100/35110.

Die Rechnungslegung der Förderung erfolgt mit einfachem Rechnungsbrief als Summenposition.

4. Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden folgende Leistungen des EBM von den Krankenkassen vergütet:

4.1. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe),

4.2. Leistungen des Kapitels 31 sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,

4.3. Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

4.4. Früherkennungsuntersuchungen nach der GOP 01723 (U 7 a),

4.5. Leistungen des Hautkrebsscreenings nach der GOP 01745, 01746,

4.6. Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

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

4.8. Phototherapeutische Keratektomien nach der GOP 31362, 31734, 31735 und 40680,

4.9. Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:

01510 X, 01511 X, 01512 X, 02100 X, 02341 X, 05310 X, 05330 X, 05340 X, 05341 X, 05350 X, 08510 X, 08530 X, 08531 X, 08540 X bis 08542 X, 08550 bis 08552 X, 08560 X, 08561 X, 08570 X bis 08574 X, 11311 X, 11312 X, 11320 X bis 11322 X, 11330 X bis 11334 X, 11351 X, 11352X, 11354 X, 11360 X, 11361 X, 11370 X bis 11372 X, 11380 X, 11390 X, 11391 X, 11395 X, 11396 X, 11400 X, 11401 X, 11403 X, 11404 X, 11410 X bis 11412 X, 11420 X bis 11422 X, 11430 X bis 11434 X, 11440 X bis 11443 X, 31272 X, 31503 X, 31600 X, 31608 X, 31609 X, 31822 X, 33043 X, 33044 X, 33090 X, 36272 X, 36503 X, 36822 X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den GOP 32354 X, 32356 X, 32357 X, 32575 X, 32576 X, 32660 X, 32781 X, 32614 X und 32618 X.

Der nach Maßgabe der KVH gekennzeichnete, nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung zur Auszahlung gelangende Leistungsbedarf der betreffenden Leistungen im Formblatt 3 wird mit einem Anteil von 50 % des berechneten Leistungsbedarfs ausgewiesen,

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

4.11. Excisionen beim Hautkrebsscreening nach den GOP 10343 und 10344,

4.12. Leistungen der Schmerztherapie nach Abschnitt 30.7.1. gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V,

4.13. Leistungen der Abschnitte 4.5.4. EBM (pädiatrische Nephrologie und Dialyse) und 13.3.6. (Nephrologie und Dialyse) EBM (ohne GOP 13620 – 13622) sowie die pädiatrischen Versichertenpauschalen 04000, 04010, 04040 und 04230 EBM, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4. EBM abgerechnet werden; einschließlich der leistungsbezogenen Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlungen mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahrens des Abschnitts 40.14 EBM

4.14. unbesetzt

4.15. Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nach der GOP 13620 bis 13622 einschließlich der Sachkosten,

4.16. Kostenpauschalen nach den GOP 01425 und 01426 zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Die Rechnungslegung der Gebührenordnungspositionen 01425 und 01426 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 406, Ebene 6,

4.17. Spezialisierte Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922 und 30924,

4.18. Leistungen nach den GOP 30930 bis 30935 (neuropsychologische Therapie),

4.19. Leistungen nach den GOP 32821 und 32822 (genotypische Untersuchungen auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus),

4.20. Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882,

4.21. Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger nach den GOP 01955 und 01956 des Abschnittes 1.8 im EBM,

4.22. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Neugeborenen-Hörscreening) nach den GOP 01704, 01705 und 01706 des Abschnittes 1.7.1 im EBM,

4.23. Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung nach der GOP 01833 des Abschnittes 1.7.5 im EBM,

4.24. Leistungen und Kosten im Rahmen der Balneophototherapie nach der GOP 10350 des Abschnittes 10.3 des EBM,

4.25. Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach den GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956,

4.26. Leistungen des Kapitels 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150) der in § 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen, („Psychotherapie“)

4.27. Leistungen nach den GOP 01410, 01413, 01415, sowie nach den GOP 01411, 01418 und 01412 (Haus- und Heimbefuche)

4.28. Leistungen nach den GOP 01776, 01777 und 01812 EBM (Screening auf Gestationsdiabetes),

4.29. Von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachten Hämato-/Onkologischen Zusatzpauschalen (GOP 13500 bis 13502), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie

die von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachten Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 08345), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie

die von Fachärzten für Urologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachten Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 26315 EBM), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111 EBM) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512 EBM), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden.

Die genannten Leistungen werden zur Abgrenzung gegenüber den von anderen Arztgruppen erbrachten Leistungen, die innerhalb der MGV verbleiben, nach Maßgabe der KV Hamburg gekennzeichnet.

4.30. Zuschlag für Hyposensibilisierungsbehandlungen (GOP 30130, 30131) nach 3 Jahren Behandlungsdauer in Höhe von 100 Euro einmal je Patient (GOP 98000). Dieser Zuschlag ist nicht für Behandlungen von Insektenstichallergien berechnungsfähig.

4.31 Leistung gemäß GOP 34601 (Osteodensitometrische Untersuchung II)

4.32 Leistungen gemäß den GOP 04528, 04529, 13425 und 13426 (Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms),

4.33 Leistungen gemäß den GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 (intravitreale Medikamenteneingabe).

4.34 Leistungen gemäß den GOP 03060, 03062 und 03063 („Förderung von Leistungen und Strukturen im hausärztlichen Versorgungsbereich“).

4.35 Leistungen gemäß den GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222 und 27222 („Förderung von Leistungen und Strukturen im fachärztlichen Versorgungsbereich“).

4.36 Leistungen gemäß der GOP 04356 („Förderung von Leistungen und Strukturen im hausärztlichen Versorgungsbereich“).

4.37 Ab dem 01. April 2015 die Kostenpauschale nach der GOP 40582 („Sachkosten im Zusammenhang mit der Radionuklidtherapie bei Verwendung von Radium-223-dichlorid“).

5. Für Leistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.2 und 1.7.4 des EBM exklusive der Leistungen nach den Ziffern 4.4., 4.5. und 4.22. dieses Vertrages wird ein Zuschlag in Höhe von 0,3418 Cent auf den regionalen Punktwert nach Nr. 2 gezahlt.

6. Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

6.1. Für jeden Besuch nach den GOP Nrn. 01410, 01411, 01412, 01415 oder 01418 sowie für die erste Visite nach der Nr. Gebührenordnungsposition 01414 genannten Einrichtungen sowie einmal zu Leistungen nach GOP 05230 eine Wegepauschale nach Wegebereichen und Besuchszeiten in folgender Höhe:

a) Pauschale für Besuche nach GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

3,36 EUR (Abrechnungsnummer: 97234);

b) Pauschale für Besuche nach GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

6,62 EUR (Abrechnungsnummer: 97235);

c) Pauschale für Besuche nach GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

9,66 EUR (Abrechnungsnummer: 97236);

d) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

6,62 EUR (Abrechnungsnummer: 97237):

- e) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

10,29 EUR (Abrechnungsnummer: 97238);

- f) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

13,86 EUR (Abrechnungsnummer: 97239);

- g) Pauschale für einen Besuch nach GOP 01410 oder 01414 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

11,24 EUR (Abrechnungsnummer: 97160);

- h) Pauschale für einen Besuch nach GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

15,54 EUR (Abrechnungsnummer: 97161).

6.2. Die Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet. Die KVH stellt jedem Vertragsarzt hierfür eine Karte im Maßstab 1 : 50.000 zur Verfügung, auf der sowohl der Praxissitz als auch die Grenzen für den Rand und den Fernbereich eingezeichnet sind.

6.3. Die Wegepauschalen sind je Besuch bzw. Visite unabhängig davon berechnungsfähig, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung der jeweiligen Wegepauschale nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines der drei Wegebereiche.

6.4. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale der KVH mit einem Fahrdienst ausgeführt, so werden die Beträge für Wegeentschädigungen nicht an den Arzt abgeführt, sondern als Kosten des Notfalldienstes einbehalten. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale nicht mit einem Fahrdienst, sondern im eigenen Wagen des Arztes ausgeführt, so erhält der Arzt in einem generell im Notfalldienst mit Fahrdienst befahrenen Bezirk den von den Kostenträgern zu zahlenden Pauschalbetrag. Dies gilt nicht für Leistungen, die von Vertragsärzten im Rahmen des

Bereitschaftsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten sowie bei gegenseitiger Vertretung erbracht werden.

6.5. Für die Berechnung der Wegepauschale ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist.

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

7. Innerhalb der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Krankenkassen wird die stationäre vertragsärztliche Tätigkeit mit Ausnahme der Nr. 4.1. dieses Vertrages wie folgt vergütet:

7.1. Dem anerkannten Belegarzt werden die Visiten im Krankenhaus je Patient nach der GOP 01414 vergütet. Beim jeweils ersten Aufsuchen der Belegklinik am Behandlungstag wird zusätzlich für den ersten visitierten Patienten die entsprechende Wegepauschale nach Nr. 6. vergütet. Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung von Besuchen ausgeschlossen.

7.2. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

7.3. Ferner gelten für die Vergütung des Belegarztes folgende Besonderheiten:

- a) Leistungen, für die in der regionalen EUR-Gebührenordnung bei belegärztlicher Leistungserbringung ein Abschlag vorgesehen ist, werden entsprechend bewertet.
- b) Leistungen der Kapitel 33 und 34 der regionalen EUR-Gebührenordnung werden mit 60 % der Sätze der Gebührenordnung bewertet; können diese Leistungen im Belegkrankenhaus nicht erbracht werden, werden sie mit den Sätzen der Gebührenordnung bewertet.
- c) Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen des Kapitels 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung, die mit mindestens 6,00 EUR bewertet sind, werden mit den Sätzen der regionalen EUR-Gebührenordnung bewertet. Die Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen aus dem Kapitel 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in § 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

- d) Alle übrigen Leistungen, die in der regionalen EUR-Gebührenordnung mit mehr als 6,00 EUR bewertet oder als Zuschlag beschrieben sind, werden mit dem vollen Satz der regionalen EUR-Gebührenordnung bewertet.
- e) Leistungen, die in der regionalen EUR-Gebührenordnung mit weniger als 6,00 EUR bewertet sind, werden nicht vergütet.

7.4. Die reduzierten Vergütungssätze nach Nr. 7.3. gelten unabhängig davon, ob die Geräte dem Krankenhaus oder dem Belegarzt gehören.

7.5. Vom Belegarzt konsiliarisch oder mitbehandelnd hinzugezogene Vertragsärzte, die nicht selbst Belegärzte in demselben Belegkrankenhaus sind, rechnen ihre Leistungen nach den Bedingungen für die ambulant-kurative Versorgung ab.

Für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses zur Durchführung von Anästhesieleistungen wird dem Facharzt für Anästhesiologie für jeden Kranken einmal am Behandlungstag die GOP 05230 vergütet.

7.6. Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Punkte 7.1. bis 7.4. vergütet.

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.

- a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der 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 Krankenhausträgers – gegenüber der KVH nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind.

- b) Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.

Dies gilt auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

- c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Krankenkassen ein Betrag von 3,07 EUR pro Patient und 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 morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (höchstzulässige Obergrenze), Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß dieser Honorarvereinbarung und gesonderten vertraglichen Regelungen sowie durchlaufende Posten ein.

9. Honorar-Rückforderungen betreffend Leistungen außerhalb der MGV aus nachträglichen sachlich-rechnerischen Berichtigungen sowie Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind von der KVH an die Krankenkasse zurückzuzahlen. Die KV Hamburg teilt den Vertragspartnern die sich aus entsprechenden rechtskräftig abgeschlossenen Verfahren ergebende Beträge mit.

10. Honorarkürzungen, die die KV Hamburg wegen fehlenden Nachweises der fachlichen Fortbildung nach § 95 d Abs.3 SGB V vornimmt, sind anteilig für den Fall, der die Leistungen außerhalb der MGV betrifft, an die Krankenkasse zurückzuzahlen. Basis für die Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen ist der Anteil je Krankenkasse am Volumen der Leistungen außerhalb der MGV gemäß Formblatt (bereichseigen) des die Kürzung betreffenden Quartals. Die Rückzahlung erfolgt jeweils in dem Quartal, das auf das die Kürzung betreffenden Quartal folgt. Der Ausweis erfolgt im Formblatt, Kontenart 400, Vorgang 141.

11. Die Anrechnung von Kostenerstattungen nach § 13 Absatz 2 und § 53 Absatz 4 SGB V auf die MGV erfolgt nach Maßgabe gesonderter vertraglicher Regelungen.

12. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages und seiner Anlagen.

Hamburg, den 02.10.2014

Honorarvereinbarung 2015 vom 02.10.2014

Anlage 1

zur Honorarvereinbarung 2015

**Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den
Versorgungsbereich Hamburg**

wird noch ausgeführt

Honorarvereinbarung 2015 vom 02.10.2014

Anlage 2

zur Honorarvereinbarung 2015

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß Beschluss des BA (333. Sitzung) und der honorarvertraglichen Regelung 2015 in Hamburg

1.	Vereinbarter bereinigter Leistungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im entsprechenden Quartal 2014 (Satzart: KASSRG87aMGV_SUM)
----	---

Anpassung aufgrund geänderter MGV-Abgrenzung zum Vorjahresquartal

2.	Anpassung auf geänderte MGV/EGV-Abgrenzung: Leistungsbedarf nach Ziffer 3.2
2.1	Abzug ASV-Differenzbereinigung 2015 (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.3.
3.	Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 - 2 - 2.1.

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

		a) GKV-weit	b) Einzelkasse
4.	Abgerechnete Leistungsmenge im entsprechenden Quartal 2014 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
5.	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106a SGB V		
6.	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 2 genannten Leistungen im entsprechenden Quartal 2014 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
7.	Leistungsmenge NVI im entsprechenden Quartal 2014 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aNVI_SUM bzw. _IK)		

8.	Anpassung um die Leistungsmenge NVI für die in Nr. 2 genannten Leistungen im entsprechenden Quartal 2014 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aNVI_SUM bzw. _IK)		
9.	Angepasste Leistungsmenge in Punkten $= 4 - 5 - 6 - 7 + 8$		
10.	Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf in Prozent $= 9b / 9a$		
11.	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten $= 3 * 10$		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

12.	Anpassung Versichertenzahl: $= 11$ / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des entspr. Quartals 2014) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a des entspr. Quartals 2015)
13.	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: $= 12$ + [(durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten im entsprechenden Quartal 2014 gemäß 2.2.3, 314. BA) * (ANZVER87a im entsprechenden Quartal 2015 – ANZVER87a im entsprechenden Quartal 2014)]
14.	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate (3.6. Nr. 1): $= 13 + [13 * 0,0454 \%]$ (Schieberegler)
15	Anpassung um weitere Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (3.6. Nr. 2): $= 14 + [13 * 0,0277 \%]$

16.	derzeit nicht besetzt
17.	derzeit nicht besetzt
18.	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen gemäß Ziffer 3.7 der Honorarvereinbarung (negativ oder positiv)
19	<p>Berücksichtigung der Umsetzung des Beschlusses aus der 328. Sitzung des BA zur nachträglichen Bereinigung aufgrund der ASV für das 2. Bis 4. Quartal 2014 im entsprechenden Quartal des Jahres 2015 (nicht basiswirksam) gem. 333. BA Teil A Ziffer 2.2.4</p> <p>Der KV-spezifische Prozentsatz gem. Ziffer 2.2.1.3., Satz 2 (333.BA Teil A) ist mit dem kassenspezifischen Aufsatzwert gem. Ziffer 2.2.3 (333.BA Teil A) zu multiplizieren.</p> <p>= 13 x KV-spezifischer Prozentsatz</p>
20.	<p>Multiplikation mit dem regionalen Punktwert:</p> <p>= (15+/- 18-19)*0,104858 = Kassenspezifische MGV in Euro</p>