

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.

Die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abgelaufen, so dass der Vertragsschluss momentan unter Vorbehalt steht.

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 Beratungs-

leistungen (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 I-II/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.

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 Beschlussteils 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 Pflage tag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflage tage.

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

Honorarvereinbarung 2012 vom 20.04.2012

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 Hautkrebscreening [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. aktuelle Versichertenzahl 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.

Honorarvereinbarung 2012 vom 20.04.2012

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.

Honorarvereinbarung 2012 vom 20.04.2012

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.