

**Vertrag über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen
Versorgung in Notfällen vom 01.07.2025 in der jeweils gültigen
Fassung gemäß § 105 Abs. 1b SGB V**

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

und

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

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

§ 1 Notfallbehandlung im Rahmen des Arztrufes Hamburg (ARH)

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) gemäß § 75 Abs. 1, Abs. 1b SGB V erfolgt durch den Arztruf Hamburg (ARH). Das Nähere hierzu regelt die Notfalldienstordnung (NDO) der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg vom 16. Juni 2005 in der jeweils gültigen Fassung. Die Notdienstordnung vom 2. April 2025 tritt nach ihrer Veröffentlichung ab 3. April 2025 an die Stelle der vorgenannten Notdienstordnung. Die Bestimmungen des Bundesmantelvertrags Ärzte (BMV-Ä) bleiben unberührt. Im Übrigen gelten, soweit dieser Vertrag nichts Anderes regelt, die Bestimmungen des Gesamtvertrages, des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sowie des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM).

§ 2 Vorgaben für den Formularsatz in Papierform

(1) Zwischen den Vertragsparteien wird der als **Anlage 1** beigefügte Formularsatz auf selbstdurchschreibendem Papier, bestehend aus

Teil A: Mitteilung für den behandelnden Arzt

Teil B: Abrechnungsschein

Teil C: Notfallprotokoll

als Bestandteil des Vertrages vereinbart. Er gilt für alle Beratungen und Arztbesuche im Rahmen des ärztlichen Besuchsdienstes (§ 2 Abs. 1 Buchst. a) NDO). Mit Wirkung ab dem 1. Juli 2025 wird die Verwendung der in Anlage 2 vereinbarten Abrechnungsscheine durch die Regelung in § 3 alternativ ergänzt.

(2) Der Abrechnungsschein gilt als auf die Abrechnung der Notfallbehandlung beschränkter Behandlungsausweis. Demgemäß kann der Notfallarzt eine Privatvergütung nur fordern, wenn

a) ihm eine Krankenkasse als Kostenträger nicht angegeben wird oder

b) ihm nachträglich mitgeteilt wird, dass die angegebene Krankenkasse nicht leistungspflichtig ist.

(3) Das Notfallprotokoll (Teil C des Formularsatzes) muss der Notfallarzt mindestens für die Dauer von 10 Jahren nach Schluss des Kalendervierteljahres, in dem die Notfallbehandlung erfolgte, aufbewahrt werden.

(4) Die Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt (Teil A des Formularsatzes) soll der Notfallarzt dem Patienten zur Weiterleitung an diesen überreichen. Sollte der Notfallarzt in besonderen Fällen eine Übersendung per Post für angebracht halten, ist die Mitteilung an den weiterbehandelnden Arzt in einem frankierten Umschlag noch am selben Tag in einen Briefkasten zu werfen.

§ 3 Vorgaben für den digitalen Formularsatz

Mit Wirkung ab dem 1. Juli 2025 werden die Regelungen in § 2 Absätze 1 bis 4, § 4 Absätze 5 und 6 durch die nachfolgende Regelung alternativ ergänzt:

Die Vertragsparteien verständigen sich, dass auf den Formularsatz in Papierform (§ 2 Abs. 1, § 4 Absätze 5 und 6) verzichtet wird, soweit die nachfolgenden Dokumente

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

Teil B: Abrechnungsschein (In der entsprechenden Software digital gespeichert, auch als PDF zum Zwecke der unveränderlichen Dokumentation)

Teil C: Notfallprotokoll (In der entsprechenden Software digital gespeichert, auch als PDF zum Zwecke der unveränderlichen Dokumentation)

in elektronischer Form Verwendung finden. Sie gelten für alle Dienstarten des Arztruf Hamburgs (ARH) gemäß § 2 der Notdienstordnung Hamburg (NDO). Die KVH ist für die Einhaltung aller datenschutzrechtlichen Regeln bei der Erzeugung und Übermittlung der in diesem Paragraphen beschriebenen elektronischen Dokumente verantwortlich. Die Dokumente Teil A – C sind in Anlage 4 musterhaft abgebildet.

§ 4 Abrechnung

(1) Abweichend von § 1 Satz 5 erhält die KVH von der zuständigen Krankenkasse anstelle der Wegeentschädigung für jeden Abrechnungsschein einen Pauschalbetrag von 15,25 € (GOP 99002B).

(2) Der Pauschalbetrag nach Absatz 1 wird nicht für Besuche eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Altenheime) gezahlt. Das gilt jedoch nicht für Altenwohnungen, die unter Bezeichnungen wie Altersheime, Stifte und dergleichen zusammengefasst sind.

(3) Die zuständige Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten der Notfalldienstzentrale der KVH mit einem Betrag von 1,19 € (GOP 99002C) und an den Kosten der Notfallpraxen der KVH mit einem Betrag von 2,82 € (GOP 99002A) je Abrechnungsschein.

(4) Die Krankenkassen tragen die Kosten der mit diesem Vertrag vereinbarten Vordrucke in Papierform (Anlagen 1 bis 3).

(5) Die Leistungen der Notfallpraxen der KVH werden mit dem als **Anlage 2** vereinbarten Abrechnungsschein von der KVH mit den zuständigen Kostenträgern nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages und des EBM abgerechnet. Mit Wirkung ab dem 1. Juli 2025 wird die Verwendung des in der Anlage 2 vereinbarten Abrechnungsscheines durch die Regelung in § 3 alternativ ergänzt.

(6) Leistungen im Rahmen des Kinderärztlichen Notdienstes werden mit dem als **Anlage 3** vereinbarten Abrechnungsschein von der KVH mit den zuständigen Kostenträgern nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages und des EBM

abgerechnet. Mit Wirkung ab dem 1. Juli 2025 wird die Verwendung des in der Anlage 3 vereinbarten Abrechnungsscheines durch die Regelung in § 3 alternativ ergänzt.

§ 5 Notfallbehandlungen außerhalb des Arzttrufes Hamburg (ARH)

(1) Notfallbehandlungen von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten sowie Notfallbehandlungen in Krankenhäusern werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen nach Maßgabe des EBM vergütet. Das gilt nicht für organisierte privatärztliche Notdienste.

(2) Notfallleistungen der Krankenhäuser sind nicht als ambulante Notfallbehandlungen berechnungsfähig, wenn sich die Notwendigkeit der stationären Aufnahme ergibt und diese am gleichen Tag bzw. für die gleiche Behandlung im Krankenhaus, das auch die Notfallambulanz betreibt, in der die Notfallbehandlung erbracht wurde, erfolgt.

§ 6 Schlussbestimmungen

(1) Dieser Vertrag tritt mit Wirkung ab 1. Juli 2025 in Kraft. Er ersetzt die Verträge über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen vom 13.03.2006 in der jeweils gültigen Fassung gemäß § 105 Absatz 1b SGB V.

(2) Der Vertrag kann jeweils mit einer Frist von sechs Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres mit eingeschriebenem Brief gekündigt werden.

(3) Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass sie auf Antrag einer Partei jederzeit, ohne dass es der Vertragskündigung bedarf, über erforderliche Anpassungen an veränderte Verhältnisse verhandeln werden. Satz 1 gilt auch für die Anlagen zu diesem Vertrag.

(4) Wenn und soweit durch zukünftige Gesetzgebungsverfahren bzw. Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen zentrale Bestimmungen dieses Vertrags berührt werden, wird den Vertragspartnern ein Sonderkündigungsrecht von drei Wochen zum Schluss eines Kalenderquartals mit eingeschriebenem Brief eingeräumt. Die Vertragspartner bekunden die Bereitschaft, unverzüglich durch Aufnahme von Vertragsverhandlungen zusammenzutreten und etwaigen Verpflichtungen aus dem Gesetzgebungsverfahren nachzukommen.

(5) Die Vertragspartner überführen die Anlage 5, die sie als „Fördervereinbarung“ anlässlich der Verhandlungen zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2022 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2022 vereinbart und den Verträgen über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen vom 13.03.2006 in der jeweils gültigen Fassung gemäß § 105 Abs. 1b SGB V zugeführt haben, in diesen Vertrag.

Hamburg, den 24.06.2025

.....
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

.....
AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

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

.....
IKK classic

.....
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Nord, Hamburg

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

Anlage 1 Formularsatz auf selbstdurchschreibendem Papier, bestehend aus

Teil A: Mitteilung für den behandelnden Arzt

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> (Besuchsanschrift [wenn abweichend]) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Datum</td> <td>Unterschrift des Versicherten</td> </tr> </table> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG) </div> <p style="font-size: small;">Zutreffendes im entsprechenden Kästchen <input type="checkbox"/> ankreuzen</p> <div style="border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"> Tag der Behandlung </div> <div style="border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"> Stempel und Unterschrift des Notfallarztes </div>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Datum	Unterschrift des Versicherten	<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"> Zeit der Behandlung Uhrzeit: </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"> Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt </div> <hr/> Abrechnungsdiagnose _____ _____
Krankenkasse bzw. Kostenträger																		
Name, Vorname des Versicherten																		
geb. am																		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																
Datum	Unterschrift des Versicherten																	

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

Befunde der Therapie: _____

Die Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt ist nicht abrechnungsfähig.
Teil A (01.2015)

Teil B: Abrechnungsschein

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <p>(Besuchsanschrift [wenn abweichend])</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert</td> </tr> <tr> <td>Datum</td> <td>Unterschrift des Versicherten</td> </tr> </table> <p> <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG) </p> <p>Zutreffendes im entsprechenden Kästchen <input type="checkbox"/> ankreuzen</p> <p>Tag der Behandlung</p> <p>Stempel und Unterschrift des Notfallarztes</p>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert		Datum	Unterschrift des Versicherten	<div style="text-align: right;"> Sonderabrechnungsschein für zentralen Notfalldienst </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"> Zeit der Behandlung Uhrzeit: </td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Abrechnungsdiagnose</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ICD</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">EBM</td> <td style="text-align: center;">Nr.</td> <td style="text-align: center;">andere Leistungen</td> </tr> <tr> <td>Notfallpauschale zwischen 07.00 und 19.00 Uhr</td> <td style="text-align: center;">01210</td> <td></td> </tr> <tr> <td> Notfallpauschale • zwischen 19.00 und 07.00 Uhr • ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12. </td> <td style="text-align: center;">01212</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Besuch im organisierten Not(-fall)dienst</td> <td style="text-align: center;">01418</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Besuch eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie)</td> <td style="text-align: center;">01413</td> <td></td> </tr> </table> <div style="background-color: #cccccc; height: 150px; margin-top: 10px;"></div> <p style="font-size: small;">Die Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt ist nicht abrechnungsfähig.</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">Teil B (01.2015)</p>	Zeit der Behandlung Uhrzeit:			Abrechnungsdiagnose			ICD			EBM	Nr.	andere Leistungen	Notfallpauschale zwischen 07.00 und 19.00 Uhr	01210		Notfallpauschale • zwischen 19.00 und 07.00 Uhr • ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.	01212		Besuch im organisierten Not(-fall)dienst	01418		Besuch eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie)	01413	
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																												
Name, Vorname des Versicherten																																												
geb. am																																												
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																										
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																										
Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert																																												
Datum	Unterschrift des Versicherten																																											
Zeit der Behandlung Uhrzeit:																																												
Abrechnungsdiagnose																																												
ICD																																												
EBM	Nr.	andere Leistungen																																										
Notfallpauschale zwischen 07.00 und 19.00 Uhr	01210																																											
Notfallpauschale • zwischen 19.00 und 07.00 Uhr • ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.	01212																																											
Besuch im organisierten Not(-fall)dienst	01418																																											
Besuch eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie)	01413																																											

Teil C: Notfallprotokoll

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> (Besuchsanschrift [wenn abweichend]) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> Datum Unterschrift des Versicherten </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG) </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">Zutreffendes im entsprechenden Kästchen <input type="checkbox"/> ankreuzen</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Tag der Behandlung </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Stempel und Unterschrift des Notfallarztes </div>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;"> Zeit der Behandlung Uhrzeit: </div> <div style="text-align: center; width: 60%;"> Dokumentation für den Arzt </div> </div> <hr/> <div style="margin-top: 10px;"> Abrechnungsdiagnose _____ ICD _____ </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">EBM</th> <th style="text-align: center;">Nr.</th> <th style="text-align: center;">andere Leistungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Notfallpauschale zwischen 07.00 und 19.00 Uhr</td> <td style="text-align: center;">01210</td> <td></td> </tr> <tr> <td> Notfallpauschale • zwischen 19.00 und 07.00 Uhr • ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12. </td> <td style="text-align: center;">01212</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Besuch im organisierten Not(-fall)dienst</td> <td style="text-align: center;">01418</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Besuch eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie)</td> <td style="text-align: center;">01413</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Befunde der Therapie: _____ </div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>	EBM	Nr.	andere Leistungen	Notfallpauschale zwischen 07.00 und 19.00 Uhr	01210		Notfallpauschale • zwischen 19.00 und 07.00 Uhr • ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.	01212		Besuch im organisierten Not(-fall)dienst	01418		Besuch eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie)	01413	
Krankenkasse bzw. Kostenträger																												
Name, Vorname des Versicherten geb. am																												
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																										
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																										
EBM	Nr.	andere Leistungen																										
Notfallpauschale zwischen 07.00 und 19.00 Uhr	01210																											
Notfallpauschale • zwischen 19.00 und 07.00 Uhr • ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.	01212																											
Besuch im organisierten Not(-fall)dienst	01418																											
Besuch eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie)	01413																											

Die Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt ist nicht abrechnungsfähig.
Teil C (01.2015)

Anlage 2 Abrechnungsschein für die Leistungen der Notfallpraxen

		DOKUMENTATION				Datum:	
		über die Behandlung in einer Notfallpraxis der KVH				Quartal:	
		Hausarzt:		Pat. ID:			
Anamnese:		Zeit	RR	Puls	SPO ₂		
Labor:							
EKG:							
rechtfertigende Indikation:		Temp:					
Röntgen:		rec: ax:					
Befund:		<input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit:					
		<input type="checkbox"/> Tetanol					
		<input type="checkbox"/> Tetagam					
Diagnose:		<input type="checkbox"/> TD					
		<input type="checkbox"/> Tetanusschutz besteht					
Therapie:		neurolog. Status:		<input type="checkbox"/> Tetanusschutz abklären			
		Mot.:		Abrechnung:			
Verordnung:		Refl.:					
		Sens.:					
DHA: 1.		Augen/Chir.-Orth/HNO/Kinder:					
2.		Dr.					

		MITTEILUNG über die Behandlung in einer Notfallpraxis der KVH		Datum:	
				Quartal:	
		Hausarzt:		Uhrzeit:	
				Pat. ID	
Anamnese:		Zeit	RR	Puls	SPO ₂
Labor:					
EKG:					
rechtfertigende Indikation:		Temp:			
Röntgen:		rec: ax:			
Befund:		<input type="radio"/> Arbeitsunfähigkeit:			
		<input type="radio"/> Tetanol <input type="radio"/> Tetagam <input type="radio"/> TD <input type="radio"/> Tetanusschutz besteht <input type="radio"/> Tetanusschutz abklären			
Diagnose:					
Therapie:		neurolog. Status:			
		Mot.:			
Verordnung:		Refl.:			
		Sens.:			
		Abrechnung:			

DHA: 1.
2.

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

		MITTEILUNG				Datum:	
		über die Behandlung in einer Notfallpraxis der KVH				Quartal:	
		Hausarzt:		Uhrzeit:			
				Pat. ID			
Anamnese:		Zeit	RR	Puls	SPO₂		
Labor:							
EKG:							
rechtfertigende Indikation:		Temp:					
Röntgen:		rec: ax:					
Befund:		<input type="radio"/> Arbeitsunfähigkeit:					
		<input type="radio"/> Tetanol <input type="radio"/> Tetagam <input type="radio"/> TD <input type="radio"/> Tetanusschutz besteht <input type="radio"/> Tetanusschutz abklären					
Diagnose:							
Therapie:		neurolog. Status:		Abrechnung:			
		Mot.:					
Verordnung:		Refl.:					
		Sens.:					

DHA: 1.
2.

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

Anlage 3 Abrechnungsschein für die Leistungen des Kinderärztlichen Notdienstes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		DOKUMENTATION über die Behandlung im Kinderärztlichen Notfalldienst <input type="checkbox"/> Harburg <input type="checkbox"/> Altona <input type="checkbox"/> Wilhelmstift <input type="checkbox"/> Heidberg		Quartal ____ /20 ____	
Name, Vorname des Versicherten				geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.			Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.			Datum	
		Hausarzt			
		Dr. med. _____			
Befunde/Therapie				<input type="checkbox"/> Tetanol i. m. <input type="checkbox"/> Tetagam i. m. <input type="checkbox"/> Tetanus-Schutz vorhanden <input type="checkbox"/> Tetanus beim HA abklären	
Diagnose				<input type="checkbox"/> Stationäre Einweisung	
Tag	Abrechnung				
Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert Datum _____ Unterschrift des Versicherten _____					
			Dokumentation für die Ambulanz		
			Stempel und Unterschrift des Notfallarztes Teil A (10.2000)		

Krankenkasse bzw. Kostenträger		DOKUMENTATION über die Behandlung im Kinderärztlichen Notfalldienst <input type="checkbox"/> Harburg <input type="checkbox"/> Altona <input type="checkbox"/> Wilhelmstift <input type="checkbox"/> Heidberg		Quartal _____ /20 _____
Name, Vorname des Versicherten				Hausarzt Dr. med. _____
geb. am				
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		
Befunde/Therapie			<input type="checkbox"/> Tetanol i.m. <input type="checkbox"/> Tetagam i.m. <input type="checkbox"/> Tetanus-Schutz vorhanden <input type="checkbox"/> Tetanus beim HA abklären	
Diagnose			<input type="checkbox"/> Stationäre Einweisung	
Tag	Abrechnung			

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert	
Datum _____	Unterschrift des Versicherten _____

**Nicht zu verwenden
bei Arbeitsunfällen,
Berufskrankheiten
und Schülerunfällen**

Stempel und Unterschrift des Notfallarztes

Teil B (10.2000)

Krankenkasse bzw. Kostenträger			DOKUMENTATION über die Behandlung im Kinderärztlichen Notfalldienst <input type="checkbox"/> Harburg <input type="checkbox"/> Altona <input type="checkbox"/> Wilhelmstift <input type="checkbox"/> Heidberg		Quartal _____ /20 _____
Name, Vorname des Versicherten					
geb. am _____					
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Hausarzt _____ Dr. med. _____		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			
Befunde/Therapie			<input type="checkbox"/> Tetanol i. m. <input type="checkbox"/> Tetagam i. m. <input type="checkbox"/> Tetanus-Schutz vorhanden <input type="checkbox"/> Tetanus beim HA abklären		
Diagnose			<input type="checkbox"/> Stationäre Einweisung		
Tag	Abrechnung				

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert	
Datum _____	Unterschrift des Versicherten _____

Mitteilung für den
weiterbehandelnden Arzt

Stempel und Unterschrift des Notfallarztes

Teil C (10.2000)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		DOKUMENTATION über die Behandlung im Kinderärztlichen Notfalldienst <input type="checkbox"/> Harburg <input type="checkbox"/> Altona <input type="checkbox"/> Wilhelmstift <input type="checkbox"/> Heidberg		Quartal ____ /20 ____
Name, Vorname des Versicherten				Hausarzt Dr. med. _____
geb. am				
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		
Befunde/Therapie			<input type="checkbox"/> Tetanol i. m. <input type="checkbox"/> Tetagam i. m. <input type="checkbox"/> Tetanus-Schutz vorhanden <input type="checkbox"/> Tetanus beim HA abklären	
Diagnose			<input type="checkbox"/> Stationäre Einweisung	
Tag	Abrechnung			

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

Dokumentation
für den Arzt

Stempel und Unterschrift des Notfallarztes

Teil D (10.2000)

Teil B: Abrechnungsschein digital gespeichert, auch als PDF zum Zwecke der unveränderlichen Dokumentation

Der Arzt hat die Möglichkeit über die Webanwendung der KVHH Applikation an die Dokumentation des Falles in Form des kompletten Satzes Muster 19 BF jederzeit runterladen. Hierzu zählt auch das Muster 19 a/E BF.


Krankenkasse bzw. Kostenträger Techniker Krankenkasse		Notfall-/Vertretungsschein <input checked="" type="checkbox"/> ärztlicher Notfalldienst <input type="checkbox"/> Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung <input type="checkbox"/> Notfall		19BF Quartal <u>2</u> / <u>25</u>
Name, Vorname des Versicherten Mustermann		<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Unfallfolgen		Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input checked="" type="checkbox"/> M
geb. am Max 01.01.00		Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen S80.0G (Prellung des Knies)		
Humboldtstraße 56 22056 Hamburg		<hr/> <hr/>		
Kostenträgerkennung 101575519	Versicherten-Nr. C797493976	Status 1000000		
Betriebsstätten-Nr. 345678901	Arzt-Nr. 636938000	Datum 21.05.25		

Befunde/Therapie *bitte auf Teil b eintragen!*

aus Datenschutzgründen freibleibend

Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis

Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:
Unbekannt



Tag	Mon.	Tag	Mon.
21	05	01	06

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

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

03.06.25

Datum Unterschrift des Versicherten

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Vertragsarztstempel

Muster 19a/E (10.2014)

PRF.NR. Y/9/2107/24/406

Der Arzt hat die Möglichkeit über die Webanwendung der KVHH Applikation an die Dokumentation des Falles in Form des kompletten Satzes Muster 19 BF jederzeit runterladen. Hierzu zählt auch das nachfolgende Muster 19 c/E BF.

Krankenkasse bzw. Kostenträger Techniker Krankenkasse		19BF																																																																																																																																																																																											
Name, Vorname des Versicherten Mustermann		<input checked="" type="checkbox"/> ärztlicher Notfalldienst <input type="checkbox"/> Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung <input type="checkbox"/> Notfall																																																																																																																																																																																											
Max geb. am Humboldtstraße 56 22056 Hamburg		Quartal 2/25 Geschlecht <input checked="" type="checkbox"/> W <input checked="" type="checkbox"/> M																																																																																																																																																																																											
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status 101575519 C797493976 1000000		Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen <u>S80.0G (Prellung des Knies)</u> 																																																																																																																																																																																											
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum 345678901 636938000 21.05.25																																																																																																																																																																																													
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> Befunde/Therapie <u>Zustand, nach grippeartigen Symptomen, Krankschreibung fünf Tage wird empfohlen</u> </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt: Unbekannt </div> </div>																																																																																																																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">Tag</th> <th style="width: 5%;">Mon.</th> <th style="width: 5%;">Tag</th> <th style="width: 5%;">Mon.</th> <th style="width: 5%;">Tag</th> <th style="width: 5%;">Mon.</th> <th style="width: 5%;">Tag</th> <th style="width: 5%;">Mon.</th> <th style="width: 5%;">Tag</th> <th style="width: 5%;">Mon.</th> <th style="width: 5%;">Tag</th> <th style="width: 5%;">Mon.</th> <th style="width: 5%;">Tag</th> <th style="width: 5%;">Mon.</th> <th style="width: 5%;">Tag</th> <th style="width: 5%;">Mon.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td><td>1</td><td>0</td><td>5</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>6</td><td>:</td><td>2</td><td>6</td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	2	1	0	5	0	1	2	1	0	1	6	:	2	6																																																																																																																																																												
Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.																																																																																																																																																																														
2	1	0	5	0	1	2	1	0	1	6	:	2	6																																																																																																																																																																																
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert. 03.06.25 Datum </div> <div style="width: 30%;"> Unterschrift des Versicherten </div> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> Zum Verbleib beim vertretenden Arzt </div> </div>																																																																																																																																																																																													
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> Vertragsarztstempel 345678901 Praxis 636938000 Behn Marco Behn Langeloher Weg 21a 21465 Reinbek </div> <div style="width: 35%;"> Muster 19c/E (10.2014) 19BF-AB </div> </div>																																																																																																																																																																																													

Anlage 5

Förderungsvereinbarung

zu den

Verträgen über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen vom 13.03.2006 in der jeweils gültigen Fassung

§ 1 Vertragsgegenstand und Förderzeitraum

Die rubrizierenden Vertragspartner schließen diese Förderungsvereinbarung zur Förderung des Notdienstes kassenartenübergreifend und damit inhaltsgleich als Anlage 5 für den Zeitraum vom 01.01.2022 bis einschließlich 31.12.2025 (4 Jahre). Die kassenartenbezogenen (EK, PK) Verträge über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen bleiben im Übrigen unberührt. Zur Sicherstellung einer einheitlichen und kassenartenübergreifenden Förderung nach § 2 wird diese Anlage gemeinsam und einheitlich unterzeichnet und wegen der getrennten Verträge im Primär- und Ersatzkassenbereich jeweils Anlage 5.

§ 2 Förderbetrag

Der Gesamtbetrag der Förderung aller rubrizierenden Krankenkassen/-verbände dieser Förderungsvereinbarung beträgt 6 Mio. EUR. Dieser Betrag steht in Höhe von jeweils 1,5 Mio. EUR in den Jahren 2022, 2023, 2024 und 2025, d. h. je Quartal in Höhe von 375.000 EUR zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes zur Verfügung.

§ 3 Berechnung kassenindividuelle Förderung

Die zuständigen Krankenkassen beteiligen sich an den Kosten des Notdienstes der KVH mit einem Förderungszuschlag (GOP 99003) je abgerechneter Position gem. § 3 Abs. 5 der Verträge über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen (GOP 99002A, 99002B und 99002C). Die Höhe dieses Förderungszuschlages ergibt sich je Abrechnungsquartal des o. g. Förderungszeitraumes durch Division des quartalsbezogenen Förderungsbetrages nach § 2 durch die Gesamtanzahl der abgerechneten Positionen des Quartals gem. § 3 Abs. 5 der Verträge über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen vom 13.03.2006 in der jeweils gültigen Fassung (GOP 99002A, 99002B und 99002C).

§ 4 Abrechnung

Die GOP 99003 wird von der KV Hamburg der Abrechnung zugesetzt und im EFN ausgewiesen. Darüber hinaus erfolgt eine Ausweisung der Förderungszuschläge im

Formblatt 3. Für die Abrechnung gelten im Übrigen die jeweiligen gesamtvertraglichen Regelungen.

§ 5 Evaluation

Die KV Hamburg stellt den zuständigen Krankenkassenverbänden innerhalb des 3. Quartals 2022 ein Evaluationskonzept zur Abstimmung und Beratung vor und wird diese ebenfalls über die Ergebnisse zeitnah bis zum 01.04.2024 in Kenntnis setzen. Die Ergebnisse dienen den Krankenkassen/-verbänden unter anderem als Entscheidungshilfe über die mögliche Fortführung dieser Förderungsvereinbarung über den in § 1 genannten Zeitraum hinaus.

§ 6 Sonstiges

Die Vertragspartner werden im Rahmen der Laufzeit dieser Vereinbarung zu Gesprächen über die vorliegende Förderung zusammenkommen, wenn es geänderte Rahmenbedingungen (z.B. durch Richtlinien oder Gesetzesänderungen) gibt, die die Finanzierung des Kassenärztlichen Notdienstes betreffen.

Ferner stimmen die Vertragspartner darin überein, dass vor geplanten Veränderungen, die die Notdienststruktur substantiell betreffen, eine Einbindung der rubrizierenden Vertragspartner auf der Seite der Kostenträger erfolgt.

Dabei sind sich die Vertragspartner darüber einig, dass strukturelle Veränderungen des Notdienstes nicht zwingend zu einer (auch anteiligen) Reduktion der Förderbeträge führen.