

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

nach § 83 SGB V

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
(KVH)
- vertreten durch den Vorstand -

und der

Knappschaft
Bochum
Knappschaftsstraße 1, 44799 Bochum
- vertreten durch die Geschäftsführung -

vom 25.11.2011

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

Inhaltsverzeichnis

Gliederung / Inhalt	Seite
Gesamtvertrag §§ 1 bis 12	3
Anlage - Honorarvereinbarung 2012 -	8
Anlage - Schiedsamt vom 15.08.2013, Az. des LSG: L 2 KA 69/13 KL Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahre 2013 (Honorarvereinbarung 2013) -	25
Anlage 1 - Hautkrebsvorsorge -	54
Anlage 2 - Meldung der Versicherten mit Kostenerstattung -	58
Anlage 3 - KV-übergreifende Bereinigung des Behandlungsbedarfs -	61
Anlage 5 - Leistungsvergütung Mammographiescreening -	76
Anlage 6 - Förderung der Mukoviszidoseversorgung -	70
Anlage 7 - Leistungsvergütung bei Schwangerschaftsabbruch -	80
Anlage 8 - Vereinbarung zur Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen auf die vereinbarte Gesamtvergütung -	86

§ 1

Geltungsbereich und allgemeiner Inhalt

- (1) Dieser Gesamtvertrag regelt
- a) die vertragsärztliche Versorgung für die Anspruchsberechtigten der Knappschaft mit Wohnsitz in Hamburg und
 - b) die Zahlung der Gesamtvergütung.
- (2) Soweit in diesem Vertrag und seinen Anlagen Regelungen über den gesamtvertraglichen Regelungskreis nicht enthalten sind und insoweit Regelungslücken bestehen, sind die Vertragspartner einig, dass die zwischen der KVH und dem Landesverband der Ortskrankenkassen bestehenden gesamtvertraglichen Regelungen Anwendung finden.
- Beispielhaft seien hierfür genannt:
- Gestaltung der Sammelerklärung
 - Gestaltung des Vertragsarztstempels
 - Regelung zur Patientenbefragung
 - Regelung zur Geringfügigkeitsgrenze
 - Regelung zur Schlichtungsstelle
- (3) Den allgemeinen Inhalt dieses Vertrages bilden die Bestimmungen des Bundesmantelvertrages - Ärzte (BMV-Ä) in der jeweils geltenden Fassung.
- (4) Im Übrigen gelten die zwischen Knappschaft und KVH geschlossenen Verträge.

§ 2

Vertragsärztliche Versorgung

Art und Umfang der sicherzustellenden vertragsärztlichen Versorgung richten sich nach den Vorschriften des SGB V und des BMV-Ä.

§ 3

Abrechnung von Fremdfällen

- (1) Die Verträge zwischen der KV Hamburg und der Knappschaft gelten auch für die Behandlung von anspruchsberechtigten Versicherten mit Wohnsitz außerhalb des Versorgungsbereichs der KV Hamburg.
- (2) Die vertraglichen Regelungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen finden auch in Fällen nach Absatz 1 Anwendung.
- (3) Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt nach den jeweils geltenden Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens (Fremdkassenzahlungsausgleich) mit den Kassenärztlichen Vereinigungen.

(4) Für den Fall, dass die Leistungen der Verträge zur Geltendmachung bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung einer Anerkennung nach der vorstehenden Richtlinie bedürfen, gilt die Zustimmung der Knappschaft gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung als erteilt.

§ 4

Abrechnung zwischen Arzt und Kassenärztlicher Vereinigung (arztseitige Abrechnung) und Prüfung

(1) Die arztseitige Abrechnung erfolgt zwischen der KVH und dem Arzt auf Grundlage des jeweils geltenden Verteilungsmaßstabes. Auf die Regelungen der §§ 42 ff. BMV-Ä wird verwiesen.

(2) Die Prüfung der arztseitigen Abrechnung erfolgt gemäß den Regelungen der §§ 45 ff. BMV-Ä auf Landesebene.

§ 5

Abrechnung zwischen KVH und Knappschaft

(1) Der nach § 4 Abs. 2 auf rechnerische und sachliche Richtigkeit geprüfte und gegebenenfalls berichtigte Leistungsbedarf des Abrechnungsvierteljahres wird mittels des Formblatts 3 bis zum ersten Werktag des sechsten Monats nach dem Ende des Abrechnungsvierteljahres nachgewiesen.

(2) Die KVH gewährleistet gegenüber der Knappschaft die rechnerische und sachliche Richtigkeit der Abrechnung nach § 4 Abs. 2 des Vertrages. Die sachliche Richtigkeit erstreckt sich auf die richtige Anwendung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sowie sonstiger vertraglicher Abrechnungsbestimmungen.

(3) Die Knappschaft -Hauptverwaltung- erhält die von der KVH quartalsweise erzeugten Abrechnungsunterlagen getrennt nach Allgemeinversicherten, Familienangehörigen sowie nach Mitgliedern der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner einschließlich deren Familienangehörigen.

Hierzu gehören:

(a) der papierbezogene Rechnungsbrief

(b) Formblatt 3 gemäß § 1 Abs. 3 des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern (Anlage 6 BMV-Ä) (Die Ausweisung der Leistungen in Formblatt 3 erfolgt einschließlich regionaler Sonderverträge bis Ebene 6 - Gebührennummernebene.)

(c) Einzelfallnachweis gemäß § 1 Abs. 2 des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern (Anlage 6 BMV-Ä)

(d) Unterlagen über Vorquartalsberichtigungen.

Der papierbezogene Rechnungsbrief ist an das Dezernat VIII.4 (Wasserstraße 295 in 44799 Bochum) zu senden. Das Formblatt (Formblatt 3 KT-Viewer chm-Dateien) und der Rechnungsbrief werden der Knappschaft als rechnungsbegründende Unterlagen auf einem Datenträger zur Verfügung gestellt. Datenannahmestelle der Knappschaft ist das Dezernat VI.2 (Knappschaftsstraße 1 in 44799 Bochum).

(4) Sofern die Prüfung der nach den Absätzen 1 und 3 übersandten Unterlagen eine Korrektur der Leistungen auslöst, ist der Sachverhalt jeweils direkt zwischen der Knappschaft und KVH zu klären. Eine gegebenenfalls erforderliche Verrechnung wird über das Formblatt 3 der folgenden Vierteljahresabrechnung vorgenommen. Die Berichtigungen werden der Knappschaft -Hauptverwaltung- gesondert nachgewiesen. Eine Verrechnung sowie der Nachweis einer Berichtigung erfolgt nur für Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

(5) Die Knappschaft kann Berichtigungen, die sich bei der Prüfung der Abrechnungen auf rechnerische und sachliche Richtigkeit ergeben, bei der KVH binnen sechs Monaten nach Zugang der Abrechnungsunterlagen beantragen.

§ 6

Wirtschaftlichkeitsprüfung

(1) Die Behandlungs- und Ordnungsweise der Vertragsärzte ist zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss nach Maßgabe der zwischen den Partnern der Gesamtverträge abgeschlossenen Prüfvereinbarung zu prüfen.

§ 7

Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen

(1) Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 SGB V und nach § 53 Abs. 4 SGB V sind mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 6 SGB V gemäß § 87a Abs. 3a SGB V auf die nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V zu zahlende Gesamtvergütung anzurechnen. Die Anzahl der Versicherten, die Kostenerstattung gemäß §§ 13 Abs. 2 bzw. 53 Abs. 4 SGB V gewählt haben, ist dabei auf die von der Knappschaft gemeldeten Versichertenzahlen anzurechnen.

(2) Eine Anrechnung nach Abs. 1 erfolgt nur dann, wenn die Kostenerstattung für ein volles Quartal gewählt wurde. Eine Anrechnung scheidet ebenfalls aus, wenn der Versicherte in einem Quartal Sachleistungen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung über die Krankenversichertenkarte bzw. elektronische Gesundheitskarte in Anspruch genommen hat.

(3) Die Anzahl der Versicherten die Kostenerstattung gewählt haben, sind der KVH unter Angabe der Versichertennummer, Name, Vorname, Geburtsdatum und PLZ nach Anlage 2 maschinenlesbar im Excel-Format zu melden.

§ 8 Vertragsverletzung

Verstöße gegen vertragsärztliche Pflichten eines an diesem Vertrag teilnehmenden Arztes ahndet die KVH nach den bei ihr geltenden Disziplinarbestimmungen.

§ 9 Schlichtung bei Streitfragen

Streitfragen auf Grundlage dieses Vertrages einschließlich der im Rahmen einer Anlage zum Gesamtvertrag geregelten Vergütung sollen zur Vermeidung eines Schiedsverfahrens auf Antrag eines Vertragspartners binnen vier Wochen zwischen den Vertragspartnern einer einvernehmlichen Lösung zugeführt werden. Die Möglichkeit eines Schiedsverfahrens bleibt unberührt.

§ 10 Zahlung der Gesamtvergütung

(1) Die Knappschaft entrichtet die Gesamtvergütung an die KVH mit befreiender Wirkung.

(2) Bis zum 5. eines jeden Monats leistet die Knappschaft für den vorausgegangenen Monat eine Abschlagszahlung in Höhe von 32 % der nach den nachfolgenden Grundsätzen zu ermittelnden Ausgangsgröße an die KVH.

Die Ausgangsgröße für die Ermittlung der Abschlagszahlungen ist mit Wirkung ab dem 1. Quartal 2013 wie folgt zu ermitteln:

Die Summe aus

1. der nach Maßgabe der jeweils geltenden Honorarvereinbarung zu ermittelnden vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des betreffenden Quartals sowie
2. der sonstigen Gesamtvergütungen des entsprechenden Quartals des Vorjahres, soweit sie nicht Nr. 1 unterfällt,

wird vermindert um die nach Maßgabe der Vereinbarungen zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V (Bereinigungsverträge) festgestellten Bereinigungsbeträge für das betreffende Quartal und ergibt so die Ausgangsgröße. Die Minderung erfolgt erst ab Bereinigungsbeträgen über 1000 EUR.

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

(3) Sofern der 5. des Monats auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag fällt, gilt der nachfolgende Werktag als Zahltag.

(4) Die endgültige Abrechnung der Gesamtvergütung eines Vierteljahres erfolgt gemäß § 54 Abs. 2 BMV-Ä, wenn die Rechnungsunterlagen der KVH nach § 4 Abs. 3(a) vorgelegt werden. Ergibt sich dabei eine Restzahlung zu Lasten der Knappschaft, ist diese innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der Schlussabrechnung zu leisten. Ergibt sich eine Überzahlung zugunsten der Knappschaft, erfolgt ihre Verrechnung bei der nächst fälligen Abschlagszahlung.

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

§ 11 Arztverzeichnis

Die KVH stellt der Knappschaft gemäß § 59 BMV-Ä ein Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in elektronischer Form zur Verfügung.

§ 12 Inkrafttreten / Geltungsdauer

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2012 in Kraft.

(2) Der Vertrag kann jeweils mit einer Frist von drei Monaten zum Schluss eines Kalendervierteljahres mit eingeschriebenem Brief gekündigt werden. Für die einzelnen Anlagen zu diesem Vertrag können jeweils besondere Kündigungsfristen vereinbart werden.

Hamburg, den 25.11.2011

Anlagen

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der Knappschaft
vom 25.11.2011

Honorarvereinbarungen

Zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**
und
der **AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,**
dem **BKK- Landesverband NORDWEST,**
die **Krankenkasse für den Gartenbau,**
handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung,
der **IKK classic,**
der **Knappschaft,**
den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Hamburg**

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK – Gesundheit
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird folgende

Honorarvereinbarung 2012

geschlossen:

Diese gemeinsam und einheitlich geschlossene Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2012“ Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Präambel

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

1. Ambulante ärztliche Leistungen werden, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, nach der regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V vergütet. Dies gilt auch für ambulante ärztliche Leistungen von Krankenhäusern in Notfällen mit der Maßgabe, dass diese mit 90 % nach der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden.

2. Der Punktwert zur Berechnung der regionalen Euro-Gebührenordnung (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) im Jahre 2012 beträgt 3,5048 Cent.

2.1. Verspätet eingereichte Behandlungsausweise werden dem Quartal des Zeitpunktes der Einreichung zugerechnet, mit den Behandlungsausweisen des Abrechnungsquartals zusammengeführt und nach den Bestimmungen des VM vergütet, die zum Zeitpunkt der Einreichung gelten. Dies gilt nicht, soweit hinsichtlich der abgerechneten Leistungen zwischenzeitlich Änderungen des EBM bzw. der Vergütungsstruktur und –höhe erfolgt sind. Insoweit erfolgt die Vergütung zu den Bedingungen des Abrechnungsquartals der Leistungserbringung. Den Krankenkassen dürfen durch die Zurechnung verspätet eingereicherter Behandlungsausweise gegenüber dem Quartal der Erbringung der Leistung keinerlei zusätzliche finanzielle Belastungen entstehen.

3. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals je Versicherten der Krankenkasse und der jeweils aktuellen Zahl der Versicherten der Krankenkasse je Abrechnungsquartal sowie dem Punktwert nach Nr. 2 (Berechnungsschema gemäß der Anlagen 2a/2b).

3.1. Der Aufsatz für die Berechnung der vorhersehbaren quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie für die Berechnung der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2012 ist gemäß der Beschlüsse des E(BA), insbesondere nach den Vorgaben des 266. Beschlusses des Bewertungsausschusses (im Folgenden BA genannt) vom 14. Dezember 2011 zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahre 2012 die je Krankenkasse gemäß § 87a Absatz 3 Satz 2 SGB V für das Jahr 2011 vereinbarte und unbereinigte Leistungsmenge je Versicherten.

Hierbei werden die unbereinigten Leistungsmengen je Versicherten des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 (Ausgangsgröße) für die Ermittlung des Behandlungsbedarfs für das Jahr 2012 gem. der Beschlüsse des E(BA) und den Regelungen dieser Vereinbarung wie folgt angepasst:

3.1.1. Gemäß Ziffer 3.2. des 266. Beschlusses des BA wird die Ausgangsgröße um die anteiligen Leistungsmengen der reproduktionsmedizinischen Beratungsleistungen (GOP 08520 und 08521) nach Anwendung des Wohnortprinzips erhöht.

3.1.2. Die Ausgangsgröße wird um die auf die Leistungen nach Nr. 4.11 (Exzisionen beim Hautkrebsscreening), 4.12 (Leistungen der Schmerztherapie) entfallenden Leistungsbedarfe des Jahres 2008 bereinigt.

3.1.3. Für die auf die Nr. 4.25 (Balneophototherapie) entfallenen Leistungsbedarfe erfolgt ebenfalls eine Bereinigung der Ausgangsgröße. Hierfür werden die Leistungsbedarfe nach den GOP 30430 und 30431 von Versicherten zugrunde gelegt, für die im entsprechenden Aufsatzzeitraum (1. bis 4. Quartal 2007)

- die Kodierung einer Psoriasis mit mindestens einem der folgenden ICD-Kodes dokumentiert wurde: L40.0, L40.3, L40.8, L40.9 und
- die eine Leistung nach den GOP 30430 und/oder 30431 erhalten haben.

Zur Berücksichtigung von Leistungen nach den GOP 30430 und/oder 30431, die bei Patienten mit einem PASI-Score unter 10 erbracht wurden, wird von dem so errechneten Leistungsbedarf ein Anteil von 50 % abgezogen.

3.2. Für Leistungen gemäß Nr. 4.26 (Eradikationstherapie, MRSA) erfolgt eine Bereinigung des vereinbarten morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes. Hierzu wird der vereinbarte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf je GKV-Versicherten in den Quartalen II/2012 bis I/2013 um je 0,455 Punkte basiswirksam bereinigt.

3.3. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen wird in Summe über alle Krankenkassen einmalig für das Jahr 2012 in jedem Quartal um einen festen Stützungsbetrag von **300.000 Euro** erhöht. Der feste Stützungsbetrag wird ausschließlich für die drei GOP 01410, 01413 und 01415 zur Verfügung gestellt. Der feste Stützungsbetrag wird zusätzlich zu den finanziellen Mitteln zur Verfügung gestellt, die in jedem Quartal des Jahres 2011 für die jeweilige GOP (01410, 01413, 01415) zur Verfügung standen. Die Aufteilung des jeweiligen Stützungsbetrages auf die einzelnen Kassen erfolgt auf Basis des Quartals I/2011 für I/2012; II/2011 für II/2012; III/2011 für III/2012 sowie IV/2010 für IV/2012 gemäß dem Anteil der jeweiligen Kasse am abgerechneten Punktzahlvolumen für diese Leistungen.

Für die Kostenpauschalen der Strahlentherapie nach Nr. 4.7 (GOP 40840, 40841) erfolgt eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Krankenkassen auf Basis des Quartals I/2011 für I/2012; II/2011 für II/2012; III/2011 für III/2012 sowie IV/2010 für IV/2012. Der Gesamtbereinigungsbetrag beträgt **3.285.530,00 Euro**. Die Aufteilung dieses Bereinigungsbetrags auf die einzelnen Kassen erfolgt gemäß dem Anteil der jeweiligen Kasse am abgerechneten Punktzahlvolumen für diese Leistungen.

Für die ärztlichen Betreuungsleistungen gemäß Nr. 4.13 (GOP 13602, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621 EBM) erfolgt eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Krankenkassen auf Basis des Quartals I/2011 für I/2012; II/2011

für II/2012; III/2011 für III/2012 sowie IV/2010 für IV/2012. Der Gesamtbereinigungs-
betrag 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 Bereini-
gung 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 so-
wie für die Berechnung der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergü-
tung 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 befreien-
der Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außer-
halb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß
Nr. 4 dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht durch einen unvorher-
sehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V so-
wie 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 Entgegennah-
me der kassenseitigen Abrechnung berechtigten Stellen. Mit Übermittlung der Be-
rechnung beginnt eine Ausschlussfrist von 3 Wochen, binnen derer die Krankenkas-
sen die Berechnungen beanstanden können.

Im Falle einer Beanstandung ist die Höhe der vorhersehbaren quartalsbezogenen
morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zwischen KVH und der Krankenkasse unver-
züglich einvernehmlich festzustellen. Kommt eine einvernehmliche Feststellung bin-
nen der vorgenannten Frist nicht zustande, gilt die von der KVH mitgeteilte vorher-
sehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung allein zum Zwecke der Berechnung
der Honorarverteilung.

Die kassenspezifischen quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütun-
gen werden unabhängig davon nach Anlage 2b zu dieser Vereinbarung bei Rech-
nungslegung 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 Methicil-

lin-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 Pflegetag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflegetage.

7.8. Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung des Bereitschaftsdienstes vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr.7.7. dieser Anlage, ohne dass es einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf.

8. Rechnungslegung

8.1. Die KVH stellt eine Rechnungslegung entsprechend der Regelungen dieses Vertrages sicher. In die Rechnung fließen die kassenindividuelle quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (höchstzulässige Obergrenze), Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß dieser Honorarvereinbarung und gesonderten vertraglichen Regelungen sowie durchlaufende Posten ein.

8.2. Die Vertragspartner sind darüber einig, dass die Pauschalen für das Sozialpädiatrische Zentrum Dr. Flehmig, die von der KVH im Auftrag der Krankenkassen bis einschließlich 30.06.2012 abgerechnet werden, durchlaufende Posten im Sinne von Ziffer 8.1. sind.

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

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

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

Hamburg, den 20.04.2012

Anlage 1

zur Honorarvereinbarung 2012

Übersicht zur regionalen Euro-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg im Jahre 2012

wird noch ausgeführt

Anlage 2a

zur Honorarvereinbarung 2012

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsweisen vorhersehbaren MGV gemäß der Beschlüsse des (E)BA und der honorarvertraglichen Regelung 2012 in Hamburg:

VKNR: Kasse: Vertragszeitraum: Ausgangszeitraum:

1. Der gem. Ziffer 3.1 dieser Honorarvereinbarung angepasste Leistungsbedarf gemäß Satzart ARZTRG87c4 innerhalb der MGV in Punkten je Quartal (Leistungen in Euro sind mit OPW 3,5048 Cent umzurechnen),

- erhöht um die anteiligen Leistungsmengen der reproduktionsmedizinischen Beratungsleistungen nach den GOP 08520 und 08521

- bereinigt um die folgenden gemäß der Honorarvereinbarung außerhalb der MGV vereinbarten Leistungen:

- Excisionen beim 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.

Anlage 2b

zur Honorarvereinbarung 2012

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsweisen MGW 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 MGW 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 MGW 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 MGW Leistungsbedarf in Punkten

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 2. Anwendung HVV-Quote Hamburg 0,8826: | Ergebnis 1. x 0,8826 |
| 3. Multiplikation Nr. 2 mit Veränderungsrate 2008/2009:
(Beschluss Teil B Ziffer 1.6 EBA 2.9.09) | Ergebnis 2. x 1,0510 |
| 4. Multiplikation Nr. 3 mit Veränderungsrate 2009/2010:
(Beschluss Teil B Ziff. 2.3.3 EBA 2.9.09) | Ergebnis 3. x 1,016616 |
| 5. Multiplikation Nr. 4 mit Steigerungsrate 2009/2010
(Beschluss Teil B Ziff. 3.3 EBA 2.9.09) | Ergebnis 4. x 1,003357 |
| 5.1 Multiplikation Nr. 5 mit der Steigerungsrate 2011: | Ergebnis 5. x 1,0125 |
| 5.2. Multiplikation Nr. 5.1 mit der Steigerungsrate 2012: | Ergebnis 5.1. x 1,0125 |
| 6. Versichertenzahl des Ausgangszeitraumes lt. Satzart ANZVER87c4 | |
| 7. Leistungsbedarf je Versicherten: | Ergebnis 5.2/ 6. |
| 8. tatsächliche Versichertenzahl des Vertragszeitraumes laut
Satzart ANZVER87c4 (z. B. I/2012 für I/2012) | |
| 9. morbiditätsbedingter Leistungsbedarf in Punkten: | Ergebnis 7. x 8. |
| 9.1. Ab II. Quartal 2012 Abzug von 1,82 Punkten geteilt durch 4 (0,455 Punkte je Quartal) je GKV-Versicherten auf Grund Ziffer 4.26 (MRSA) | |
| 10. vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
bewertet zum OPW 3,5048 Cent: | Ergebnis 9. x 0,035048 EUR |
| 11. Erhöhung um den quartalsbezogenen Stützungsbetrag
für Leistungen nach der GOP 01410, 01413 und 01415
entsprechend Ziffer 3.3 Absatz 1 | |
| 12. Minderung um den quartalsbezogenen Bereinigungsbetrag
für die Sachkosten der Strahlentherapie entsprechend
Ziffer 3.3 Absatz 2 | |
| 13. Minderung um den quartalsbezogenen Bereinigungsbetrag
für die ärztlichen Betreuungsleistungen der Dialyse entsprechend (Ziffer 4.13) entsprechend
Ziffer 3.3. Absatz 3 | |

Der Leistungsbedarf der Ziffern 1.2 – 1.8 stellt den Leistungsbedarf nach der Anpassung mit dem jeweils genannten Anpassungsfaktor dar.

Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2012

Die Partner dieser Vereinbarung sind sich darüber einig, dass andere zwischen ihnen geschlossene Verträge durch den Abschluss dieser Vereinbarung unberührt bleiben.

Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung der Wegepauschalen vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr. 6 dieser Vereinbarung, ohne dass es diesbezüglich einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf. Die Partner dieser Vereinbarung werden prüfen, welche Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch eine Aufnahme der Wegepauschalen in den EBM notwendig wird, soweit nicht der Bewertungsausschuss entsprechende Regelungen verabschiedet.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass für die Quartale 1/2012 bis 3/2012 das Abstimmungsverfahren gemäß Ziffer 3.7 auch dann vorzunehmen ist, wenn die maßgeblichen Fristen nicht eingehalten werden können.

LANDESSCHIEDSAMT FÜR DIE VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG HAMBURG

Schiedsspruch

Im Schiedsamtverfahren zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg)**, vertreten durch den Vorstand,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

-Antragstellerin-

Verfahrensbevollmächtigter:

Rechtsanwalt Dr. Ulrich Steffen, Kanzlei für Medizinrecht STEFFEN, Neuer Wall 36, 20354
Hamburg

und

1. der **AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse**, vertreten durch den
Vorstand, Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf,
2. den **BKK-Landesverband NORDWEST**, vertreten durch den Vorstand,
Hauptverwaltung Essen, Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen,
3. der **IKK classic**, vertreten durch den Vorstand, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden,
4. der **Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (Knappschaft)**, vertreten
durch den Vorstand, Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum,
5. den Ersatzkassen in Hamburg
 - **BARMER GEK**
 - **Techniker Krankenkasse (TK)**
 - **DAK – Gesundheit**
 - **Kaufmännische Krankenkasse – KKH**
 - **HEK – Hanseatische Krankenkasse**
 - **hkk**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis: **Verband der Ersatzkassen e.
V. (vdek)**, Askanischer Platz 1, 10963 Berlin, vertreten durch den Vorstand, dieser

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg, Spaldingstraße 218,
20097 Hamburg

6. der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** (SVLFG) als
Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK), vertreten durch den Geschäftsführer,
Weissensteinstraße 70-72, 34131 Kassel

-Antragsgegner-

Verfahrensbevollmächtigter:

Gleiss Lutz Rechtsanwälte, Dr. Reimar Buchner, Friedrichstraße 71, 10117 Berlin

über

Honorarvereinbarung für das Jahr 2013

hat das Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung in Hamburg in der Besetzung:

Vorsitzender	Herr Dirk Dau
unparteiische Mitglieder	Frau Elke Holz Herr Thomas Voeste
Vertreter der Ärzte	Herr Walter Plassmann Herr Dieter Bollmann Herr Dr. Michael Späth Herr Dr. Eckhard von Bock
Vertreter der Krankenkassen/ Krankenkassenverbände	Herr Matthias Mohrmann Herr Ralf Baade Frau Petra Heise Herr Jörn Reichenberg

aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 15.08.2013 entschieden:

- 1) Die Honorarvereinbarung 2013 wird mit dem Wortlaut der Anlage zur Sitzungsniederschrift vom 15.08.2013 festgestellt.
- 2) Alle davon abweichenden weiteren Anträge werden zurückgewiesen.

*Anlage zur Vertragswiederschrift
vom 15.08.2013*

Honorarvereinbarung 2013

Zwischen

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

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird folgende

Honorarvereinbarung 2013

festgesetzt:

Diese gemeinsame und einheitliche festgesetzte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2013“ Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge festgesetzt.

Präambel

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

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

2. Der Punktwert zur Berechnung der regionalen EUR-Gebührenordnung (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) beträgt für die Zeit vom 01.01.2013 bis zum 30.09.2013 3.6099 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von ~~2,083 %~~ erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert-Orientierungspunkt von ~~3,5363 Cent als Orientierungswert~~.

10,0736 Cent

Für die Zeit ab 01.10.2013 bis zum 31.12.2013 beträgt der Punktwert zur Berechnung der regionalen EUR-Gebührenordnung (Anlage 2 zu dieser Vereinbarung) 10,2083 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von ~~2,083 %~~ erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert-Orientierungspunkt von 10 Cent als Orientierungswert (BA-Beschluss, 304. Sitzung am 19.04.2013, Ziffer I).

19,2083 Cent

2.1. Verspätet eingereichte Behandlungsausweise werden dem Quartal des Zeitpunktes der Einreichung zugerechnet, mit den Behandlungsausweisen des Abrechnungsquartals zusammengeführt und nach den Bestimmungen des Verteilungsmaßstabes vergütet, die zum Zeitpunkt der Einreichung gelten. Dies gilt nicht, soweit hinsichtlich der abgerechneten Leistungen zwischenzeitlich Änderungen des EBM bzw. der Vergütungsstruktur und -höhe erfolgt sind. Insoweit erfolgt die Vergütung zu den Bedingungen des Abrechnungsquartals der Leistungserbringung. Den Krankenkassen dürfen durch die Zurechnung verspätet eingereichter Behandlungsausweise gegenüber dem Quartal der Erbringung der Leistung keinerlei zusätzliche finanzielle Belastungen entstehen.

3. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des nach Maßgabe der nachstehenden Ziffern 3.1. bis 3.88. sowie den Vorgaben und Empfehlungen des BA-Beschlusses (288. Sitzung am 22.10.2012) ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals und dem Punktwert nach Nr. 2 (Berechnungsschema gemäß Anlage 3). Die Berechnung erfolgt für jedes Quartal des Jahres 2013 getrennt.

3.1. Ausgangspunkt für die Berechnung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs ist die Feststellung des insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV Hamburg für

das Vorjahresquartal vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß Ziffer 2.2.1 des 288. Beschlusses des BA. Dabei werden die gemäß Ziffer 3.3. Abs. 1 der Honorarvereinbarung 2012 gezahlten einmaligen Stützungsbeträge nicht berücksichtigt.

Im 4. Quartal 2013 wird der für das Vorjahresquartal vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf zur Umsetzung des 304. BA-Beschluss (Ziffer IV) mit dem Faktor 0,35363 multipliziert.

~~3.2. Für den Umgang mit Abweichungen in den Datenlieferungen nach Satzart KASSRG87aMGV_SUM zwischen den Datenmeldungen der Kassen einerseits und der KV Hamburg andererseits gilt folgendes Verfahren:~~

- ~~1. Die Kassenverbände bzw. die Ersatzkassen (kassenartenspezifische Gesamtvertragspartner) verständigen sich zunächst jeweils bilateral mit der KV Hamburg anhand der kassenspezifisch in der Satzart KASSRG87aMGV_IK ausgewiesenen Behandlungsbedarfe auf einen jeweils geeinten Betrag. Die Abstimmung muss spätestens bis zum Ende des 3. Monats nach Ablauf des Quartals erfolgt sein, für das der Aufsatzwert bestimmt werden soll (d. h. z. B. bis zum 30.06.2013 für die Bestimmung des Aufsatzwerts für das 1. Quartal 2013).~~
- ~~2. Nach bilateraler Abstimmung mit den einzelnen Verbänden/Ersatzkassen fasst die KV Hamburg die geeinten Werte zusammen und teilt den GKV-weiten Wert sowie die kassenspezifischen Einzelwerte den Gesamtvertragspartnern binnen 14 Tagen mit.~~
- ~~3. Die Kassen/Verbände prüfen den mitgeteilten Wert. Erfolgt binnen 14 Tagen nach Zugang der Mitteilung kein Widerspruch gegenüber der KV Hamburg, gilt der mitgeteilte Wert als der insgesamt für das Vorjahresquartal vereinbarte Behandlungsbedarf gemäß Ziffer 3.1.~~
- ~~4. Gelingt mit einzelnen Kassen/Verbänden die Klärung nicht innerhalb der Frist nach Nr. 1 oder widersprechen die Kassen/Verbände dem mitgeteilten Wert nach Nr. 3, gilt bis zur endgültigen Klärung vorläufig der zwischen beiden Seiten der Höhe nach unstrittige Wert. Nach rechtskräftiger Bestimmung des abschließenden Werts durch das Landesschiedsamt erfolgt eine nachträgliche Korrektur des vorläufigen Wertes.~~

~~3.2. Zur Berücksichtigung der im Vergleich mit den Vorjahresquartalen geänderten Abgrenzung morbiditätsbedingter von extrabudgetärer Gesamtvergütung ist der nach Ziffer 3.1. festgestellte Behandlungsbedarf gemäß den Vorgaben des BA-Beschlusses (288. Sitzung am 22.10.2012, Teil A, Ziffer 2.2.1) anzupassen; dabei wird die Abstaffelungsquote gemäß Ziffer 2.2.1. Nr. 1 dieses Beschlusses ermittelt.~~

Von dem nach Ziffer 3.1. festgestellten Behandlungsbedarf sind danach die Brutto-Punktmengen folgender Leistungsbereiche abzuziehen. Im 4. Quartal 2013 werden die Brutto-Punktmengen zur Umsetzung des 304. BA-Beschluss (Ziffer IV) mit dem Faktor 0,35363 multipliziert.

1. Ab 01.07.2013: Leistungen gemäß Ziffer 4.132 Abs. 2 („Nephrologie und Dialyse“), soweit die Leistungen im Vorjahresquartal Bestandteil der MGV waren. Abweichend von Ziffer 2.2.1 des BA-Beschlusses (288. Sitzung am 22.10.2012, Teil A) wird nach

Ziffer 1 des BA-Beschlusses (302. Sitzung am 19.03.2013) als Aufsatzzeitraum nicht das Vorjahresquartal, sondern das entsprechende Quartal des Jahres 2011 zugrunde gelegt.

- 2. Leistungen gemäß Ziffer 4.26 („Psychotherapie“)
- 3. Leistungen gemäß Ziffer 4.27 („Haus- und Heimbefuche“)
- 4. Ab 01.07.2013: Leistungen nach Ziffer 4.28
- 4. Leistungen gemäß Ziffer 4.29 („Onkologische Transfusionsleistungen“)
- 5. Im 1. Quartal 2013 wird der Behandlungsbedarf in Umsetzung der Vorgaben des Bewertungsausschusses sowie der entsprechenden Regelung der Honorarvereinbarung 2012 zusätzlich basiswirksam um den Betrag reduziert, der sich aus dem Produkt aus 0,455 Punkten je Versicherten und der Versichertenzahl des 1. Quartals 2013 aller Kassen ergibt (Bereinigung MRSA).

3.3. Der gemäß Ziffer 3.1. festgestellte und gemäß Ziffer 3.3. angepasste Behandlungsbedarf wird gemäß Ziffer 2.2.2 des BA-Beschlusses (288. Sitzung am 22.10.2012, Teil A) auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt. Dabei wird sichergestellt, dass die dort in Bezug genommenen ARZTRG87aKA-Daten des Vorjahresquartals entsprechend der geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Abrechnungsquartal angepasst werden.

3.4. Der so auf die Kassen aufgeteilte Behandlungsbedarf ist anschließend gemäß Ziffer 2.2.3 des BA-Beschlusses (288. Sitzung am 22.10.2012, Teil A) zur Berücksichtigung der Änderungen in der 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.

3.5. Der so kassenspezifisch ermittelte Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal ist wie folgt fortzuentwickeln:

- 1. Berücksichtigung der Morbiditätsveränderung gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V. Dabei erfolgt die Gewichtung der gemäß BA-Beschluss berechneten Veränderungsdaten zu einem Drittel anhand der Demografie und zu zwei Dritteln anhand der Diagnosen. Der Aufsatzwert wird damit um 1,0682 % erhöht.
- 2. Berücksichtigung der zusätzlichen MGV-Steigerung von bundesweit 250 Mio. EUR (davon 5.272.828,14 EUR für den KV-Bereich Hamburg): Die Berechnung der kassenspezifischen prozentualen Anpassung erfolgt gemäß Ziffer 2.2.4 Abs. 2 des BA-Beschlusses (288. Sitzung am 22.10.2012, Teil A).

3.6. Ab dem 01. Juli 2013 wird der kassenspezifische Behandlungsbedarf zusätzlich um den gemäß Ziffer 2 Abs. 3 des BA-Beschlusses (302. Sitzung am 19.03.2013) auf die jeweilige Kasse entfallenden Anteil an 421.932,00 EUR zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung erhöht.

3.17. Für Neueinschreiber in bzw. Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen erfolgt eine Differenzbereinigung gemäß Ziffer 3 des BA-Beschlusses (288. Sitzung am 22.10.2012, Teil A). ~~Gegebenenfalls sind die~~ Regelungen gesonderter Bereinigungsvereinbarungen zwischen der Krankenkasse und der KV Hamburg zu berücksichtigen. Ab dem 01.10.2013 ist dabei der Beschluss des BA (304. Sitzung) zu berücksichtigen („Währungsreform“).

X
Frid

3.8. Im 1. Quartal 2013 wird der so ermittelte kassenspezifische Behandlungsbedarf in Umsetzung der Vorgaben des Bewertungsausschusses sowie der entsprechenden Regelung der Honorarvereinbarung 2012 zusätzlich basiswirksam um den Betrag reduziert, der sich aus dem Produkt aus 0,455 Punkten je Versicherten und der Versichertenzahl des 1. Quartals 2013 der Kasse ergibt (Bereinigung MRSA).

3.9. Ab dem 01. Juli 2013 wird der kassenspezifische Behandlungsbedarf zusätzlich um den gemäß Ziffer 2 Abs. 3 des BA-Beschlusses (302. Sitzung am 10.03.2013) auf die jeweilige Kasse entfallenden Anteil an 421.932,00 EUR zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung erhöht.

3.10. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4 dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht kann ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V unter zwingender Beachtung der Empfehlungen des BA-Beschlusses § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 (288. Sitzung am 22.10.2012) begründet werden. Insbesondere kann keine Nachschusspflicht aus Regelungen zur Honorarverteilung resultieren.

X

3.11. Für den Fall von Kassenfusionen vereinbaren die Vertragspartner, dass soweit zwischen den jeweiligen Gesamtvertragspartnern nicht etwas anderes vereinbart ist, der kassenspezifische Anteil gemäß Ziffer 3.45 der Summe der Anteile der fusionierten Krankenkassen entspricht.

X

3.12. Der Beschluss des BA in seiner 288. Sitzung (Ziffer 3 – Bereinigungsbeschluss) wird – soweit noch nicht erfolgt – umgesetzt. Eine ggf. notwendige Verfahrensregelung wird zwischen den Vertragsparteien getroffen.

X

Vorgaben des BA nach § 87a Absatz 5 Satz 7 SGB V im Zusammenhang mit § 116b Absatz 6 Satz 13 bis 15 SGB V werden umgesetzt. Die hierfür notwendigen Regelungen werden zeitnah nach Inkrafttreten eines entsprechenden Beschlusses zwischen den Vertragspartnern getroffen.

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

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

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

4.32. Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

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

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

4.65. Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

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

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

4.98. Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:

01510 X, 01511 X, 01512 X, 02100 X, 02341 X, 05310 X, 05330 X, 05340 X, 05341 X, 05350 X, 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,

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

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

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

4.132. Bis zum 30.06.2013: ärztliche Betreuungsleistungen bei Dialyse gemäß GOP 13602, 13610, 13611, 13612, 13620 und 13621 einschließlich der Sachkosten nach den GOP 40800 bis 40822 (des EBM in der bis zum 30.06.2013 geltenden Fassung).

Ab 01.07.2013: Leistungen der Abschnitte 4.5.4. EBM (pädiatrische Nephrologie und Dialyse) und 13.3.6. EBM (Nephrologie und Dialyse) sowie die pädiatrischen Versichertenpauschalen 04110, 04111, 04112, 04120, 04121 und 04122, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4. EBM abgerechnet werden; einschließlich der Sachkosten nach den GOP 40820 bis 40838 (~~des EBM in der ab 01.07.2013 geltenden Fassung~~).

4.143. Kostenpauschalen nach den GOP 40870 und 40872 für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen,

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

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

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

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

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

4.209. Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882,

~~4.20. Leistungen nach den GOP 13421 bis 13431, 04514, 04515, 04518 und 04520 des EBM,~~

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 86770, 86772, 86774, 86776, 86778, 86780, 86781, 86782, 86784,

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

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

4.28. Ab 01.07.2013: Leistungen nach den GOP 01776, 01777 und 01812 EBM (Screening auf Gestationsdiabetes),

4.29 Von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie erbrachte Hämato-/Onkologischen Zusatzpauschalen (GOP 13500 bis 13502), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie ausschließlich die hiermit im Zusammenhang erbrachten tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512) sowie
die von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) verfügen, erbrachten Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 08345), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie ausschließlich die hiermit im Zusammenhang erbrachten tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512) sowie
die von Fachärzten für Urologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) verfügen, erbrachten Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 26315), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie ausschließlich die hiermit im Zusammenhang erbrachten tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512).

Die genannten Leistungen werden zur Abgrenzung gegenüber den von anderen Arztgruppen erbrachten Leistungen, die innerhalb der MGV verbleiben, mit einem * gekennzeichnet. Es werden ausschließlich diejenigen tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512) außerbudgetär vergütet, die von den genannten Arztgruppen im Zusammenhang mit Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) erbracht werden. Die Betreuungsleistungen gelten dann als im Zusammenhang mit den Transfusionsleistungen erbracht, wenn die jeweiligen GOP von dem gleichen Arzt für den gleichen Patienten am gleichen Tag abrechnet werden.
von der gleichen Praxis

*Fach. Koop =
gabe der KV
besonders*

x

5. unbesetzt Für die Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.2 und 1.7.4 des EBM exklusive der Leistungen nach den Ziffern 4.4, 4.5 und 4.22 dieses Vertrags wird für die Zeit vom 01.01.2013 bis zum 30.09.2013 ein Zuschlag in Höhe von ~~10,2190~~ Cent auf den regionalen Punktwert nach Nr. 2 gezahlt. Für die Zeit vom 01.10.2013 bis zum 31.12.2013 beträgt der Zuschlag auf diese Leistungen ~~10,6193~~ Cent.
10,2190
10,6173

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

6.1. Für jeden Besuch nach den GOP 01410, 01411, 01412 und 01721, für jede erste Visite am Behandlungstag in einer der in GOP 01414 oder 01415 genannten Einrichtungen sowie einmal zu Leistungen nach GOP 05230 eine Wegepauschale nach Wegebereichen und Besuchszeiten in folgender Höhe:

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

3,36 EUR (Abrechnungsnummer: 97234);
- b) Pauschale für Besuche nach GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

6,62 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 01412 oder 01415 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

6,62 EUR (Abrechnungsnummer: 97237);
- e) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

10,29 EUR (Abrechnungsnummer: 97238);
- f) Pauschale für Besuche nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

13,86 EUR (Abrechnungsnummer: 97239);
- g) Pauschale für einen Besuch nach GOP 01410 oder 01414 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

11,24 EUR (Abrechnungsnummer: 97160);

- h) Pauschale für einen Besuch nach GOP 01411 oder 01412 oder 01415 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als 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 ~~unentbehrlich~~, 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 bzw. § 28 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag genannten Voraussetzungen erfüllt sind.
- d) Alle übrigen Leistungen, die in der regionalen EUR-Gebührenordnung mit mehr als 6,00 EUR bewertet oder als Zuschlag beschrieben sind, werden mit dem vollen Satz der regionalen EUR-Gebührenordnung bewertet.
- e) Leistungen, die in der regionalen EUR-Gebührenordnung mit weniger als 6,00 EUR bewertet sind, werden nicht vergütet.

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

7.5. Vom Belegarzt konsiliarisch oder mitbehandelnd hinzugezogene Vertragsärzte, die nicht selbst Belegärzte in demselben Belegkrankenhaus sind, rechnen ihre Leistungen nach den Bedingungen für die 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 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 morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (höchstzulässige Obergrenze), Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß dieser Honorarvereinbarung und gesonderten vertraglichen Regelungen sowie durchlaufende Posten ein. X

~~8.2. Sachkosten werden im Formblatt 3 des jeweiligen Sachkontos in der Hauptleistung bis zur 6. Ebene unter Kontenart 400 (Ärztliche Behandlung), Kapitel 87 (Zusatzleistungen), Abschnitt 1 (Kosten gemäß Allgemeinen Bestimmungen nach 7.3.) ausgewiesen. Auf Anforderung der Krankenkasse stellt die KV Hamburg dieser eine Rechnerkopie zur Verfügung, aus der die Art des Medizinproduktes, der Versicherte die Kosten hervorgehen.~~ X

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 ergebenden Beträge mit.

~~10. Honorarabschläge nach § 95d Absatz 3 Satz 4 SGB V für Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, fließen entsprechend ihrem Anteil an der Punktemenge des jeweiligen Arztes an die jeweilige Krankenkasse zurück. Der Ausweis dieser Rückflüsse im Formblatt 3 erfolgt im Konto 400, Vorgang 052.~~

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

Formblatt

11. Die Anrechnung von 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.

Honorarvereinbarung 2013 vom xx.xx.2013

Anlage 1

zur Honorarvereinbarung 2013

**Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbe-
reich Hamburg für die Zeit vom 01.01.2013 bis zum 30.09.2013**

wird noch ausgeführt

Honorarvereinbarung 2013 vom xx.xx.2013

Anlage 2

zur Honorarvereinbarung 2013

**Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbe-
reich Hamburg für die Zeit vom 01.10.2013 bis zum 31.12.2013**

wird noch ausgeführt

Honorarvereinbarung 2013 vom xx.xx.2013

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2013

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGW gemäß Beschluss des BA (288. Sitzung) und der honorarvertraglichen Regelung 2013 in Hamburg

1.	Vereinbarter bereinigter Leistungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im entsprechenden Quartal 2012 (Satzart: KASSRG87aMGV_SUM) nach Abstimmungsprozess gemäß Ziffer 3.2 <u>Ab dem 01.10.2013: zusätzlich multipliziert mit 0,35363</u>
----	--

Anpassung aufgrund geänderter MGW-Abgrenzung zum Vorjahresquartal

2.	- HV 2012, Ziffer 3.3 Abs. 1 (Abzug der nicht basiswirksamen Einmalbeträge Hausbesuche in Punkten; Umrechnung der festen Eurobeträge je Kasse mit dem OPW 2012) <u>Ab dem 01.10.2013: zusätzlich multipliziert mit 0,35363</u>
3.	- <u>Brutto</u> -Leistungsbedarf nach Ziffer 3.3 Nr. 1 bis 5.4 <u>Ab dem 01.10.2013: zusätzlich multipliziert mit 0,35363</u>
4.	= Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten (=1.-2.-3)

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

		a) GKV-weit	b) Einzelkasse
5.	Abgerechnete Leistungsmenge im entsprechenden Quartal 2012 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
6.	- Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach Anlage 4		
67.	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 3 genannten Leistungen im entsprechenden Quartal 2012 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
78.	- Leistungsmenge NVI im entsprechenden Quartal 2012 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aNVI_SUM bzw. _IK)		
89.	Anpassung um die Leistungsmenge NVI für		

	die in Nr. 3 genannten Leistungen im entsprechenden Quartal 2012 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aNV SUM bzw. _IK)		
940.	= angepasste Leistungsmenge in Punkten (6-7) - (8-9) 5 - 6 - 7 + 8		
1044.	Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf in Prozent (=409b / 409a)		
1142.	Vorläufiger Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten (=4 * 104)		
12.	- Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach Anlage 4		
13.	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten (= 11 - 12)		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

4314.	Anpassung Versichertenzahl: =4213 / (ANZVER87c4 bzw. ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2012) * (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2012)
4415.	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: =4314 + [(durchschn. Bereinigungsmenge je Vers. im entsprechenden Quartal 2012 gemäß 3.4.1, 288. BA) * (ANZVER87a im entsprechenden Quartal 2013 ./ ANZVER87a bzw. c4 im entsprechenden Quartal 2012)]
4516.	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate: =4415 * 1,010682
4617.	Ermittlung des Kassenspezifischen Anpassungsbetrags wg. Weiterentwicklung EBM: 5.272.828,14 / 0,036099 / 4 [ab dem 01.10.2013: 5.272.828,14 / 0,102083 / 4] * (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2013 der Einzelkasse) / (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2013 aller Kassen)
4718.	Berücksichtigung des Anpassungsbetrags wg. Weiterentwicklung EBM =45+46 16 + 17
19.	Ermittlung des Betrags zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Ziffer 3.7: 421.932 / 0,036099 / 4 [ab dem 01.10.2013: 421.932 / 0,102083 / 4] * (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2013 der Einzelkasse) / (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2013 aller Kassen)
20.	Berücksichtigung des Anpassungsbetrags zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung:

17

	= 18 + 19
<u>21.18.</u>	Berücksichtigung der Differenzbereinigung gemäß Ziffer 3.8 der Honorarvereinbarung, 288. BA. Ab 01.10.2013 unter Berücksichtigung des 304. BA-Beschlusses
<u>22.19.</u>	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: = (17 + 18) (20 + 21) * 0,036099 [ab dem 01.10.2013: (20 + 21) * 0,102083] = Kassenspezifische MGv in Euro

Honorarvereinbarung 2013 vom xx.xx.2013

Anlage 4

zur Honorarvereinbarung 2013

Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106a SGB V

Entsprechend der vom Bewertungsausschuss am 22. Oktober 2012 in seiner 288. Sitzung unter Ziffer 2.2.2 vorgesehenen Regelung verständigen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen über die Berücksichtigung der Ergebnisse aus den Prüfungen nach § 106a SGB V innerhalb der MGV ergebenden Korrekturen wie folgt:

Sind Falschabrechnungen von Leistungen innerhalb der MGV des vorangegangenen Honorarjahres aufgrund Rechnungsprüfung nach § 106a SGB V einvernehmlich oder durch rechtskräftiges Urteil festgestellt, so ist die Leistungsmenge des entsprechenden Quartals (Schritt 1 in der Anlage 3 zu dieser HV) um die falsch abgerechnete Leistungsmenge zu kürzen. 12

Entsprechend der vom Bewertungsausschuss am 22. Oktober 2012 in seiner 288. Sitzung unter Ziffer 2.2.2 vorgesehenen Regelung verständigen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen über die Berücksichtigung der Ergebnisse aus den Prüfungen nach § 106 a SGB V innerhalb der MGV ergebenden Korrekturen.

Die Berücksichtigung der Korrekturen erfolgt nach folgendem Verfahren:

~~(a) Sofern einvernehmlich festgestellte oder durch rechtskräftiges Urteil bestätigte Falschabrechnungen aus vorangegangenen Honorarjahren vorliegen und hierfür noch keine Rückzahlung erfolgt ist, hat die Kassenärztliche Vereinigung die zu Unrecht gezahlten Vergütungen im laufenden aktuellen Honorarjahr an die Krankenkassen zurückzuzahlen.~~ X

~~(b) Sofern einvernehmlich festgestellte oder durch rechtskräftiges Urteil bestätigte Falschabrechnungen aus dem vorangegangenen Honorarjahr vorliegen, sind zusätzlich zu Buchstabe a) die nach den Regelungen der vom Bewertungsausschuss in seiner 288. Sitzung unter Ziffer 2.2.2 ermittelten kassenspezifischen Aufsatzwerte um die im Rahmen der Rechnungsprüfung nach § 106a SGB V festgestellten Leistungsmengen zu kürzen. Das Kürzungsverfahren ist so auszugestalten, dass Absetzungen einer Kasse keine Auswirkungen auf die jeweiligen nach Ziffer 2.2.2 genannten Anteile und damit auf die Vergütungshöhe anderer Kassen haben. Der so ermittelte Wert bildet den tatsächlichen Aufsatzwert, der Basis für die Berechnung der zu zahlenden MGV der jeweiligen Kasse und Quartale des Jahres 2013 ist.~~ X

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

Honorarvereinbarung 2013 vom xx.xx.2013

Anlage 5

zur Honorarvereinbarung 2013

Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2013

Die Partner dieser Vereinbarung sind sich darüber einig, dass andere zwischen Ihnen geschlossene Verträge durch den Abschluss dieser Vereinbarung unberührt bleiben.

Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung der Wegepauschalen vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr. 6 dieser Vereinbarung, ohne dass es diesbezüglich einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf. Die Partner dieser Vereinbarung werden prüfen, welche Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch eine Aufnahme der Wegepauschalen in den EBM notwendig wird, soweit nicht der Bewertungsausschuss entsprechende Regelungen verabschiedet.

Der Vertragspartner stimmen darin überein, dass für die Quartale 1/2013 bis 3/2013 das Abstimmungsverfahren gemäß Ziffer 3.2 auch dann vorzunehmen ist, wenn die maßgeblichen Fristen nicht eingehalten werden können.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der BA-Beschluss 304. Sitzung („Währungsreform“) finanzneutral umzusetzen ist. Soweit erkennbar wird, dass neben den bereits im Vertrag vorgenommenen Anpassungen weitere Regelungen notwendig sind, um die Finanzneutralität zu gewährleisten, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über die notwendigen Anpassungen dieser Vereinbarung.

Zu Ziffer 3.3.:

Leistungen gemäß Ziffer 4.13 (ab 1.7.2013 Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse) bzw. Ziffer 4.29 (Onkologische Transfusionsleistungen) werden nur unter der Voraussetzung bestimmter Abrechnungskonstellationen bzw. nur für bestimmte Arztgruppen außerhalb der MGV vergütet und sind entsprechend sowohl in den Daten des Aufsatzwertes (KASSRG87aMGV Sum) als auch in den Daten der Behandlungsbedarfe der GKV/ Einzelkasse (ARZTRG87aKA Sum bzw. IK) zu bereinigen.

Für die Ermittlung der Leistungsmengen, um die der Behandlungsbedarf für die vorgenannten Leistungen gemäß Ziffer 3.3 anzupassen ist, ist die Betrachtung der jeweiligen GOPs gemäß der Satzart ARZTRG87a nicht möglich. Stattdessen werden die Leistungsmengen für diese Leistungen anhand der Einzelfallnachweise gemäß § 295 SGB V für den Bereich KV-eigen der KV Hamburg ermittelt.

Vor diesem Hintergrund stimmen die Vertragspartner darin überein, dass zum Abgleich der Bereinigungssachverhalte Listen der Ärzte, die die Leistungen erbracht haben, durch die KV Hamburg erstellt werden und den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden.

Protokollnotiz
zur
Honorarvereinbarung 2013
in der Fassung der Entscheidung durch
das Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung
vom 15.08.2013

I.

Die Vertragspartner sind sich bewusst, dass die Entscheidung des Landesschiedsamts vom 15.08.2013 Gegenstand einer Klage vor dem Landessozialgericht Hamburg (AZ: L 1 KA 68/13 KL) ist. Die nachfolgenden Regelungen erfolgen unbeschadet der gerichtlichen Klärung der Rechtmäßigkeit der Festsetzungen durch das Landesschiedsamt allein im Interesse der vorläufigen praktischen Umsetzbarkeit der festgesetzten Vereinbarung.

II. Die Vertragspartner stimmen darüber hinaus darin überein, dass die Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106a SGB V bei der Festsetzung durch das Landesschiedsamt abweichend von der tatsächlichen Meinungsbildung im Schiedsamt erfolgt ist. Deshalb hat die KV Hamburg auch gegen diese Festsetzung Klage vor dem LSG Hamburg unter dem Aktenzeichen L 1 KA 69/13 KL eingereicht. Abweichend von der tatsächlichen Festsetzung durch das Landesschiedsamt in seiner Sitzung am 15.08.2013 setzen die Vertragspartner die folgende, der tatsächlichen Meinungsbildung im Landesschiedsamt entsprechende, Regelung zur Berücksichtigung der Prüfanträge nach § 106a SGB V um:

Entsprechend der vom BA am 22.10.2012 in seiner 288. Sitzung unter Ziffer 2.2.2. vorgesehenen Regelung verständigen sich die KV Hamburg und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen über die Berücksichtigung der Ergebnisse aus den Prüfungen nach § 106a SGB V innerhalb der MGV ergebenden Korrekturen.

Sind Falschabrechnungen von Leistungen innerhalb der MGV des vorangegangenen Honorarjahres aufgrund Rechnungsprüfung nach §106a SGB V einvernehmlich oder durch rechtskräftiges Urteil festgestellt worden, so wird die betreffende kassenspezifische Leistungsmenge eines Abrechnungsquartals um das aus dem gesamten, vorangegangenen Prüfzeitraum ermittelte gesamte Punktzahlvolumen gekürzt. Hierfür lebt der durch das Landesschiedsamt gestrichene Schritt 6 der Anlage 3 wieder auf. Schritt 12 der Anlage 3 wird gestrichen. Die Reduzierung der Leistungsmenge erfolgt spätestens im nächsten, auf die Einigung bzw. die Rechtskraft des Urteils folgenden Abrechnungsquartal. Eine rückwirkende Änderung der Datengrundlagen (ARZTRG- und KASSRG-Daten) zur Bestimmung der Aufsatzwerte findet nicht statt.

Hierdurch wird gewährleistet, dass die Berücksichtigung die insgesamt über alle Kassen zu zahlende MGV nicht verändert.

Vor diesem aufgezeigten Hintergrund wird die KV Hamburg die Klage vor dem Landessozialgericht unter dem Aktenzeichen L 1 KA 69/13 KL zurücknehmen.

III. Die Vertragspartner stimmen des Weiteren darin überein, dass sofern die Abstimmung der Datengrundlagen für die sog. KASSRG87aMGV-Dateien nach Ziffer 2.2.1.1. des 288. BA (1.) sowie die Abstimmung sonstiger, insbesondere der Datengrundlagen für die sog. ARZTRG87a-Dateien nach Ziffer 2.2.2. des 288. BA (2.) vom Ausgang eines Rechtsstreits abhängig ist, wie folgt verfahren werden soll:

1. Feststellung des Behandlungsbedarfs (Ziffer 2.2.1.1. 288. BA)

Besteht Streit über die Höhe des konkret für die jeweilige Krankenkassen anzusetzenden Wertes können die KV Hamburg und die kassenspezifischen Gesamtvertragspartner bilateral ungeachtet der zugrunde liegenden Rechtspositionen zur pragmatischen Umsetzung einen Wert für die jeweilige Krankenkasse mit Wirkung für und gegen alle kassenspezifischen Gesamtvertragspartner und alle Krankenkassen mit der Maßgabe festsetzen, dass das rechtliche Schicksal des Streits im Falle einer rechtskräftigen Entscheidung ausschließlich Wirkung ab dem nächst erreichbaren Quartal entfalten kann.

Das Recht, sich aus diesem Grunde auf eine Nicht-Einigung über die Datengrundlagen zu berufen, ist ausgeschlossen.

2. Abstimmung sonstiger Datengrundlagen, insbesondere die sog. ARZTRG87a-Dateien nach Ziffer 2.2.2. des 288. BA

Besteht Streit über sonstige Datengrundlagen und/oder die konkret festzusetzenden Werte zur Bestimmung der MGK 2014 zwischen der KV Hamburg und einer Krankenkasse mit Auswirkungen für und gegen alle anderen Krankenkassen, gilt das Vorgenannte (1.).

Das Recht, sich aus diesem Grunde auf eine Nicht-Einigung über die Datengrundlagen zu berufen, ist ebenfalls ausgeschlossen.

IV. Ferner stimmen die Vertragspartner darin überein, dass die Umsetzung der festgesetzten Honorarvereinbarung 2013 nicht anhand der Anlage 3, sondern im Sinne einer praktikablen Umsetzung unbeschadet der Aufrechterhaltung der jeweiligen Rechtspositionen aus der Verhandlung vor dem Landesschiedsamt anhand der nachfolgend abgebildeten Anlage erfolgen soll:

Anlage

zur Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2013

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß Beschluss des BA (288. Sitzung) und der honorarvertraglichen Regelung 2013 in Hamburg

1.	Vereinbarter bereinigter Leistungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im entsprechenden Quartal 2012 (Satzart: KASSRG87aMGV_SUM) Ab dem 01.10.2013: zusätzlich multipliziert mit 0,35363
----	---

Anpassung aufgrund geänderter MGV-Abgrenzung zum Vorjahresquartal

2.	HV 2012, Ziffer 3.3 Abs. 1 (Abzug der nicht basiswirksamen Einmalbeträge Hausbesuche in Punkten; Umrechnung der festen Eurobeträge je Kasse mit dem OPW 2012) Ab dem 01.10.2013: zusätzlich multipliziert mit 0,35363
3.	Leistungsbedarf nach Ziffer 3.2 Nr. 1 bis 5 Ab dem 01.10.2013: zusätzlich multipliziert mit 0,35363
4.	Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 – 2 – 3

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

		a) GKV-weit	b) Einzelkasse
5.	Abgerechnete Leistungsmenge im entsprechenden Quartal 2012 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
6.	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106a SGB V		
7.	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 3 genannten Leistungen im entsprechenden Quartal 2012 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
8.	Leistungsmenge NVI im entsprechenden Quartal 2012 in Punkten (Satzart:		

	ARZTRG87aNVI_SUM bzw. _IK)		
9.	Anpassung um die Leistungsmenge NVI für die in Nr. 3 genannten Leistungen im entsprechenden Quartal 2012 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aNVI_SUM bzw. _IK)		
10.	Angepasste Leistungsmenge in Punkten $= 5 - 6 - 7 - 8 + 9$		
11.	Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf in Prozent $= 10b / 10a$		
12.	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten $= 4 * 11$		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

13.	Anpassung Versichertenzahl: $= 12$ / (ANZVER87c4 bzw. ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2012) * (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2013)
14.	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 13 + [(durchschn. Bereinigungsmenge je Vers. im entsprechenden Quartal 2012 gemäß 3.4.1, 288. BA) * (ANZVER87a im entsprechenden Quartal 2013 – ANZVER87a bzw. c4 im entsprechenden Quartal 2012)]
15.	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate: $= 14 * 1,010682$
16.	Ermittlung des Kassenspezifischen Anpassungsbetrags wg. Weiterentwicklung EBM: $5.272.828,14 / 0,036099 / 4$ [ab dem 01.10.2013: $5.272.828,14 / 0,102083 / 4$] * (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2013 der Einzelkasse) / (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2013 aller Kassen)
17.	Berücksichtigung des Anpassungsbetrags wg. Weiterentwicklung EBM $= 15 + 16$
18.	Ermittlung des Betrages zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung gemäß 3.6.: $421.932 / 0,036099 / 4$ [ab dem 01.10.2013: $421.932 / 0,102083 / 4$] * (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2013 der Einzelkasse) / (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2013 aller Kassen)
19.	Berücksichtigung des Anpassungsbetrags zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung: = 17 + 18
20.	Berücksichtigung der Differenzbereinigung gemäß Ziffer 3.8 der Honorarvereinba-

	rung Ab dem 01.10.2013 unter Berücksichtigung des 304. BA-Beschlusses
21.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: = (19 + 20) * 0,036099 [ab dem 01.10.2013: (19 + 20) * 0,102083 = Kassenspezifische MGv in Euro

Anlage 1

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der Knappschaft
vom 25.11.2011

Vertrag
über die Durchführung einer ambulanten Hautkrebs-
Vorsorgeuntersuchung
für Versicherte bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres

Präambel

Hautkrebs zählt in allen Altersgruppen zu den auch in Deutschland schnell zunehmenden Krebsarten; zugleich ist Hautkrebs aber eine Krebsart, für die bei einer gezielten Früherkennung nachweislich große Heilungschancen bestehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Hautkrebsvorsorge mit Wirkung ab dem 1. Juli 2008 eine Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien beschlossen. Danach haben gesetzlich krankenversicherte Männer und Frauen in der Regelversorgung ab dem Alter von 35 Jahren - in einem zweijährigen Rhythmus - Anspruch auf vertragsärztliche Maßnahmen zur Früherkennung von Hautkrebs. Mit diesem Vertrag verfolgen KVH und Knappschaft vor dem Hintergrund steigender Umweltbelastungen und eines geänderten Freizeitverhaltens gerade jugendlicher Personengruppen (ausgiebiges Sonnenbaden, Nutzen von Solarien) das Ziel, zu einer weiteren Senkung neuer Hautkrebserkrankungen beizutragen.

Die vertragsschließenden Parteien vereinbaren auch bei Versicherten bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres durch gezielte Früherkennungsuntersuchungen

- Hautkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen,
- den Informationsstand einzelner Versicherter zur allgemeinen Prävention zu erhöhen sowie
- eine gezielte Sensibilisierung potentiell gefährdeter Personen zu erreichen.

Hierzu sind neben der ärztlichen Untersuchung durch fachlich geeignete Hautärzte die Versicherten über ihr persönliches Hautkrebsrisiko und über geeignete Schutzmaßnahmen zur Verhütung von Hautkrebs zu beraten. Bei festgestellten Hauterkrankungen sind die Versicherten einer kurativen Behandlung zuzuführen.

§ 1

Geltungsbereich des Vertrages

Der Vertrag findet im gesamten Versorgungsbereich der KVH Anwendung.

§ 2

Anspruchsberechtigter Personenkreis

Anspruchsberechtigt sind alle Versicherten der Knappschaft bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres.

§ 3

Zur Durchführung berechnigte Vertragsärzte

Zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchung nach § 4 dieses Vertrages muss der Arzt im Bereich der KVH als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten zugelassen oder als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in einem hier zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) bzw. in einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V tätig sein.

§ 4 Umfang des Leistungsanspruchs

(1) Der anspruchsberechtigte Personenkreis (§ 2 dieses Vertrages) hat alle zwei Jahre einmal Anspruch auf eine prophylaktische Untersuchung durch einen zur Durchführung berechtigten Vertragsarzt (§ 3 dieses Vertrages). Die Vorsorgeuntersuchung umfasst

- a. gezielte Anamnese,
- b. standardisierte Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines (eingeschlossen ist die Auflichtmikroskopie),
- c. Befundmitteilung mit diesbezüglicher Beratung,
- d. Dokumentation.

(2) Darüber hinaus besteht Anspruch auf eine Beratung über das Ergebnis der vorgenannten Maßnahmen. Dabei hat der Arzt insbesondere das individuelle Risikoprofil des Versicherten anzusprechen, sowie diesen auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen hinzuweisen.

(3) Ergeben die Maßnahmen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so hat der teilnehmende Arzt dafür Sorge zu tragen, dass in diesen Fällen der Versicherte unverzüglich im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und ggf. Therapie zugeführt wird.

(4) Ärztlich notwendige Maßnahmen der Therapie und Nachsorge, die mit dieser Untersuchung aufgezeigt werden, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.

(5) Bei medizinisch begründeter Notwendigkeit sind die erforderlichen Daten – mit Einverständnis des Versicherten - dem/den weiterbehandelnden Arzt/Ärzten zur Verfügung zu stellen.

§ 5 Vergütung

(1) Die Knappschaft vergütet dem Vertragsarzt für die Durchführung der Leistungen nach § 4 dieses Vertrages einen pauschalen Betrag in Höhe von 25,- €. Daneben ist eine parallele privatärztliche Abrechnung für Leistungen nach § 4 dieses Vertrages nach GOÄ ausgeschlossen.

(2) Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

(3) Für die Inanspruchnahme der Behandlungsmaßnahmen nach § 4 dieses Vertrages (Vorsorgeleistungen) wird die Zuzahlung nach § 28 Absatz 4 SGB V (Praxisgebühr) nicht erhoben.

§ 6 Abrechnungsverfahren

- (1) Die erbrachten Leistungen nach § 4 dieses Vertrages sind von den Vertragsärzten über die KVH abzurechnen.
- (2) Die Leistungen werden im Formblatt 3 unter der Kontenart 400 erfasst und separat unter der Pseudo-Abrechnungsnummer 94503 ausgewiesen.
- (3) Hinsichtlich der Abrechnung durch die KVH, der Zahlungstermine und der rechnerischen/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages zwischen den Vertragspartnern.

§ 7 Datenschutz

Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht und das Sozialgeheimnis unberührt und sind von allen Vertragspartnern zu beachten.

§ 8 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Vertragspartner verpflichten sich, etwaige unwirksame oder undurchführbare Vertragsbestimmungen bzw. vorhandene Lücken zu ersetzen oder zu ergänzen, die dem Zweck des Vertrages am Nächsten kommen.

§ 9 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2012 in Kraft.
- (2) Die Kündigungsfrist dieses Vertrages beträgt drei Monate zum Jahresende.
- (3) Im Falle einer Änderung der für diesen Vertrag maßgebenden rechtlichen Rahmenbedingungen werden sich die Vertragspartner kurzfristig über eine mögliche Fortführung bzw. Änderung dieses Vertrages verständigen.

Anlage 2

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der Knappschaft
vom 25.11.2011

Meldung der Versicherten mit Kostenerstattung
gemäß § 7 des Gesamtvertrages

Kassenstempel

Ort:

Datum:

Kassennummer:

Quartal:

Kassenärztliche Vereinigung

Abgabetermine:
20.04./ 20.07. / 20.10./ 20.01.

Meldung der Versicherten

nach Vertrag § 87a in Verbindung mit § 87 c Abs. 3 und 4 SGB V,
die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V / § 53 Abs. 4 SGB V
für den Bereich der vertragsärztlichen Leistungen
(ausgenommen veranlasste Leistungen) gewählt haben

Versicherte nach § 13 Abs. 2 SGB V	
1. Stichtag 1.1 / 1.4 / 1.7 / 1.10	
2. Stichtag 1.2 / 1.5 / 1.8 / 1.11	
3. Stichtag 1.3 / 1.6 / 1.9 / 1.12	
4. Summe der Stichtage 1. - 3.	
5. Statistisches Mittel (Summe 4. div. durch 3)	

Die Versichertennummern, Name, Vorname und Geburtsdatum aller gemeldeten Versicherten, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V / § 53 Abs. 4 SGB V gewählt haben, sind dieser Meldung als Anlage beigelegt.

Unterschrift

Anlage

Ort: _____
Datum: _____
Kassennummer: _____
Quartal: _____

[illegible]

Anlage 3

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der Knappschaft
vom 25.11.2011

Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes

bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen

nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V im Falle KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme

(redaktionelle Anmerkung: ehem. Anlage B-MGV vom 20.12.2010

in der Fassung des 2. Nachtrages vom 18.12.2012 über die KV-bereichsübergreifende
Bereinigung ab 1. Januar 2013)

Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

und

der **AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,**

dem **BKK- Landesverband NORDWEST,**

die **Krankenkasse für den Gartenbau,**

handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung,

der **IKK classic,**

der **Knappschaft,**

den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Hamburg**

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

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

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

Dieser gemeinsam und einheitlich geschlossene Bereinigungsvertrag wird als Anlage B-MGV Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Präambel

Die Vertragspartner schließen mit Wirkung für die von den rubrizierenden Vertragspartnern vertretenen Krankenkassen für den Zeitraum vom 01.01.2013 bis 31.12.2013 die nachfolgende Vereinbarung zur Umsetzung der Beschlüsse des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c und 140a ff SGB V bei KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme.

§ 1 Grundlagen

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

- Bereinigungsbeschluss für 2013 -

(im Folgenden 288. BA) mit Wirkung ab dem I. Quartal 2013 bis einschließlich des IV. Quartal 2013. Dies umfasst auch Beschlüsse, auf die im vorgenannten Beschluss konkret Bezug genommen wird.

- (2) Die vorgenannten Beschlüsse sind verbindlich anzuwenden, sofern nicht im Folgenden durch die Beschlüsse zugelassene Konkretisierungen vereinbart werden.
- (3) Sofern der Bewertungsausschuss und/oder der Erweiterte Bewertungsausschuss für den vorgenannten Zeitraum neue Beschlüsse fassen, sind diese zu berücksichtigen. Die Vertragspartner werden bei Bedarf umgehend Verhandlungen zur Umsetzung aufnehmen. Im Übrigen gilt § 7.

§ 2 Bereinigungszeitraum Inkrafttreten

- (1) Eine Bereinigung des Behandlungsbedarfes (MGV-Bereinigung) für Quartale, die vor dem I. Quartal 2011 liegen, findet nicht statt.
- (2) Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 2013 in Kraft und endet, ohne dass es hierfür einer Kündigung bedarf, am 31.12.2013.

§ 3

Besonderheiten für das I. Quartal 2013

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

§ 4

Inanspruchnahme des Kollektivsystems

- (1) Erfolgt durch in Selektivverträgen eingeschriebene Versicherte eine Inanspruchnahme von selektivvertraglich vereinbarten Leistungen, für die eine Bereinigung erfolgt ist, im Kollektivvertrag, vergütet die Krankenkasse die erbrachten Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der MGV.
- (2) Für die Vergütungen der im Rahmen einer nicht vertragsgemäßen Inanspruchnahme gemäß des 288. Beschlusses – Teil A – Ziffer 3.1.6 Nr. 4 erbrachten Leistungen werden Abschlagszahlungen vereinbart. Die Ermittlung der Abschlagszahlungen erfolgt dabei in entsprechender Anwendung der jeweils geltenden Gesamtverträge.

§ 5

Inhalt und Umfang der Bereinigung

- (1) Die Bereinigung des Behandlungsbedarfes findet für Versicherte statt, die nach dem Wohnortprinzip dem Bezirk der KV Hamburg zugeordnet sind (Wohnort-KV).
- (2) Wenn Versicherte einer Krankenkasse nach dem Wohnortprinzip dem Bezirk der KV Hamburg zugeordnet sind (Wohnort-KV) und am Selektivvertrag im Bezirk einer anderen KV (Vertrags-KV) teilnehmen, wird die Bereinigung in der Wohnort-KV vorgenommen (KV-übergreifende Bereinigung). Hierzu ist der 288. Beschluss Teil A Ziffer 3.1.4 verbindlich anzuwenden. Es werden keine pauschalen Bereinigungsbeträge vereinbart.
- (3) Sofern die Bereinigung Selektivverträge mit situativer Einschreibung/Teilnahme betrifft, wird die Bereinigung nach Feststellung des für den Selektivvertrag maßgeblichen Bereinigungsbetrages je Versicherten anhand der von der Krankenkasse gemeldeten Zahl der tatsächlichen Inanspruchnehmer des Selektivvertrages vorgenommen.
- (4) Zur sachgerechten Berücksichtigung der von Hausärzten veranlassten Laborleistungen werden in den vier Quartalen in 2013 zusätzlich auch die in den jeweiligen Ziffernkränzen genannten Laborleistungen des Kapitels 32 EBM bereinigt, die von Hausärzten gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V, die im Vorjahresquartal in ihrer LANR im EFN-Datensatz an der 8. und 9. Stelle die Aus-

prägung „01“, „02“ oder „03“ aufweisen, veranlasst wurden, aber von bereichseigenen oder bereichsfremden Ärzten erbracht wurden, die in ihrer LANR im EFN-Datensatz an der 8. und 9. Stelle die Ausprägung „48“, „49“, „55“ oder „00“ aufweisen.

- (5) Es werden nur Leistungen bereinigt, die auf den Scheinarten O, M, K, V und Z abgerechnet werden. Leistungen auf der Scheinart N werden nicht bereinigt.

§ 6 Datenlieferung

- (1) Hinsichtlich der Datenlieferungen für Bereinigungen ab dem 1. Quartal 2013 findet der 288. Beschluss Anwendung.
- (2) Erfolgt keine fristgerechte Lieferung der Daten an die KV Hamburg entsprechend der Beschlüsse, findet eine Bereinigung für das betreffende Quartal nicht statt.
- (3) Eine Bereinigung erfolgt nur für Versicherte, die in den fristgerecht gelieferten Daten an die KV Hamburg enthalten sind.
- (4) Für Leistungen, die nicht im Ziffernkranz aufgeführt sind, findet eine Bereinigung nicht statt.
- (5) Für das 1. Quartal 2013 gilt § 3.

§ 7 Fortentwicklung des Vertrages

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die Regelungen zur Bereinigung nach dieser Vereinbarung gegebenenfalls weiter entwickelt werden müssen. Soweit bei der Durchführung von Bereinigungen weiterer Regelungsbedarf erkennbar wird, werden sich die Vertragspartner unverzüglich in Verbindung setzen.

Hamburg, den 18.12.2012

Protokollnotiz

ZUR

Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes

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

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

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

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

Anlage 5

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der Knappschaft
vom 25.11.2011

Leistungsvergütung im Rahmen des Mammographie-Screenings

(Redaktionelle Anpassung: ehem.
Ergänzungsvereinbarung vom 10.08.2009
in der Fassung des 1. Nachtrages vom 15.12.2009)

Zwischen
der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg**
und
der **Knappschaft**
wird folgende

Ergänzungsvereinbarung

zum Gesamtvertrag KBV/Knappschaft vom 01.01.2008

zur Leistungsvergütung im Rahmen des Mammographie-Screenings

vereinbart:

§ 1 Vergütung und Abrechnung

- (1) Die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Mammographie-Screening erfolgt entsprechend der Maßgabe des EBM, Kapitel 1.7.3 und Kapitel 40, Abschnitt 40.16 EBM außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung. Die Leistungen werden über die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg abgerechnet.
- (2) Die Punktwerte für die Vergütung der abgerechneten Leistungen sind in der untenstehenden Tabelle aufgeführt.

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

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

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

§ 2 Definition der Teilnahme

Als Teilnehmerin am Mammographie-Screening gilt die anspruchsberechtigte Frau im Alter zwischen 50 und 69 Jahren, die aufgrund der Einladung der Zentralen Stelle in der Screening Einheit die Mammographie nach Nr. 01750 EBM hat durchführen lassen.

§ 3 Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt mit Wirkung zum 01.01.2009 in Kraft. Er kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Kalenderjahr gekündigt werden. Die Kündigung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

Hamburg, den 15.12.2009

Anlage 6

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der Knappschaft
vom 25.11.2011

Förderung der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung

(redaktionelle Anmerkung: ehem.
Ergänzungsvereinbarung vom 11.06.2010)

Zwischen
der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**
und
der **Knappschaft, Regionaldirektion Hamburg**
wird folgende

Ergänzungsvereinbarung

zum Gesamtvertrag KBV/Knappschaft

zur Förderung der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung

geschlossen:

Präambel

Ziel dieses Vertrages ist die Sicherstellung und Förderung der qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Patienten mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose.

Die Abbildung dieses Krankheitsbildes im Einheitlichen Bewertungsmaßstab ist derzeit ungeeignet, um die bestehende qualitativ hochwertige ambulante Versorgung im Versorgungsbereich Hamburg sicherzustellen.

Die Partner dieser Vereinbarung stellen fest, dass vor diesem Hintergrund zu einer angemessenen Vergütung weitere Regelungen erforderlich sind. Dies erfolgt im Versorgungsbereich Hamburg in Form der nachfolgend beschriebenen Strukturpauschale.

§ 1

Anspruchsberechtigte Versicherte

Anspruch auf Leistungen nach diesem Vertrag haben alle Versicherten mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF = Mukoviszidose; ICD E84,- G).

§ 2

Teilnahmegenehmigung

(1) Ärzte beantragen ihre Teilnahme durch Abgabe der Teilnahmeerklärung (Anlage 1) gegenüber der KVH und weisen hierbei schriftlich die Teilnahmevoraussetzungen nach und erkennen die Inhalte dieses Vertrages an.

(2) Bei Vorliegen der Qualifikationsvoraussetzungen gem. § 3 erteilt die KVH die Genehmigung zur Abrechnung der Leistung nach dieser Vereinbarung.

(3) Der Arzt kann seine Teilnahme an dem Vertrag gegenüber der KVH schriftlich mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende kündigen.

(4) Die Teilnahme des Arztes endet auch mit dem Wegfall der Voraussetzungen nach § 3. Die KVH teilt dem Arzt das Ende seiner Teilnahme mit.

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen

(1) Ärzte, die die Voraussetzungen nach Anlage 2 zu dieser Vereinbarung erfüllen, sind teilnahmeberechtigt an diesem Vertrag.

(2) Zur Aufrechterhaltung der Teilnahmeberechtigung verpflichten sich die teilnehmenden Ärzte zur regelmäßigen Teilnahme an von den Ärztekammern und/oder der KVH anerkannten Fortbildungen/Qualitätszirkeln mit einer Mindestgesamtpunktzahl von 20 pro Jahr, davon mindestens 5 Punkte Fortbildungen.

(3) Die Teilnahme an einer(m) Fortbildung/Qualitätszirkel ist der KVH einmal jährlich nachzuweisen. Die Fortbildungsnachweise sind an das Kalenderjahr gebunden. Werden die Fortbildungen nicht bis zum 15.02 eines jeden Folgejahres nachgewiesen, erlischt die Teilnahmegenehmigung mit Ablauf des 1. Quartals des Kalenderjahres. Die Nachweispflicht für die teilnehmenden Ärzte beginnt im Jahr 2009.

§ 4 Versorgungsauftrag der Ärzte

Die teilnahmeberechtigten Ärzte übernehmen die umfassende qualitätsgesicherte ambulante Betreuung und Versorgung von Patienten mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF = Mukoviszidose; ICD E84,- G). Dies beinhaltet insbesondere folgende diagnostische und therapeutische Ausstattung, die Praxen vorhalten oder zu der sie jederzeit Zugang haben müssen:

- Allgemeine Diagnostik und Beratung:
 - Anamnese
 - Körperliche Untersuchung
 - Laboruntersuchungen
 - Intrakutantests
 - Schweißtest
 - Bildgebende Untersuchungen (Ultraschall, Röntgen, CT, MRT)
 - Beratung
 - Ernährungsberatung
 - Psychologische Beratung und/oder psychotherapeutische Beratung und Betreuung
 - Beratung zur und Kontrolle der Physiotherapie
- Zu pneumologischen Fragestellungen:
 - Lungenfunktionsmessungen
 - Bronchoskopie, bronchoalveoläre Lavage
 - Sputumuntersuchung auf Erreger und Resistenz
- Zu gastroenterologischen Fragestellungen:
 - Sonographie
 - ERCP
 - PEG
- Zu genetischen Fragestellungen
 - Humangenetische Beratung
 - DNA-Analyse
- Zu HNO-ärztlichen Fragestellungen:

- Nasennebenhöhlenendoskopie
- Audiometrie
- Zu kardiologischen Fragestellungen:
 - Echokardiographie
 - EKG, Belastungs-EKG
- Zu orthopädischen Fragestellungen
 - z. B. Osteodensitometrie
 - Physiotherapie
- Diätetik
- Psychosoziale Betreuung
- Intensivmedizinische und thoraxchirurgische Versorgung

§ 5 Vergütung

(1) Werden bei der Behandlung von Patienten nach § 1 dieser Vereinbarungen Leistungen erbracht, die in der jeweils gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung aufgeführt sind, werden sie nach dieser vergütet.

(2) Zur Erstattung des besonderen Betreuungs-/Versorgungsaufwandes, welcher durch die Erfüllung des Versorgungsauftrages nach § 4 anfällt, werden abschließend durch eine Strukturpauschale außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

Leistungsbeschreibung	Abr.-Nr.	Vergütung
Strukturpauschale für die Erfüllung des Versorgungsauftrages nach § 4 und dem damit verbundenen besonderen Betreuungs-/Versorgungsaufwand Die Pauschale ist nur bei der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF = Mukoviszidose; ICD E84,- G) abrechnungsfähig	94700	285,- € pro Patient pro Quartal

§ 6 Abrechnungsverfahren

(1) Die Strukturpauschale gem. § 5 ist über die KVH abzurechnen. Die Abrechnung erfolgt über einen gesondert anzulegenden Behandlungsausweis auf dem nur die Strukturpauschale unter der Angabe der gesicherten Diagnose mit dem ICD Schlüssel E 84.- zzgl. Zusatzkennzeichen G abzurechnen ist. Die KVH ist berechtigt, die

Verwaltungskosten nach der Satzung in der jeweils gültigen Fassung in Abzug zu bringen.

(2) Die Ausweisung der vorgenannten Strukturpauschale erfolgt im Rahmen der Rechnungslegung. Eine Ausweisung im Formblatt 3 ist ausgeschlossen.

(3) Hinsichtlich der Abrechnung durch die KVH, der Zahlungstermine, der rechnerischen/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages zwischen den Vertragspartnern mit der Maßgabe, dass eine Abrechnung direkt mit den durch die rubrizierenden Vertragspartner repräsentierten Krankenkassen erfolgt.

§ 7 Schweigepflicht / Datenschutz

Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen unberührt und sind von allen Vertragspartnern zu beachten.

§ 8 Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.

§ 9 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Vertragspartner verpflichten sich, etwaige unwirksame oder undurchführbare Vertragsbestimmungen bzw. vorhandene Lücken zu ersetzen oder durch solche Vorschriften zu ergänzen, die dem Zweck des Vertrages am nächsten kommen.

§ 10 Laufzeit und Kündigung und Beitritt bzw. Widerruf

(1) Der Vertrag tritt mit Wirkung zum 01.01.2009 in Kraft.

(2) Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende, frühestens zum 31.12.2010, gekündigt werden.

Anlage 1

**Zur Vereinbarung zur Förderung
der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung**

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Humboldtstr. 56
22083 Hamburg

A N T R A G

auf Teilnahme am Vertrag zur qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung

I. Persönliche Angaben

.....
LANR

.....
Name, Vorname, ggf. Titel geb. am

.....
Praxisanschrift (Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen ist) Telefon

.....
BSNR (bitte alle BSNR einschließlich Nebenbetriebsstätten-Nr. angeben)

Niederlassung als Vertragsarzt (im Gebiet der KV) ab.....

in Einzelpraxis _ in Gemeinschaftspraxis _ im MVZ

bei Gemeinschaftspraxis bitte Partner angeben

.....

II. Fachliche Anforderungen

- ☐ Ich bin als Arzt tätig in einer Praxis, die die Voraussetzungen nach Anlage 2 zu dieser Vereinbarung erfüllt. Die entsprechenden Nachweise habe ich beigefügt.

III. Erklärung

Mir sind die Ziele und Inhalte des o.a. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich für mich bei der Teilnahme ergeben, bekannt und ich erkenne diese an.

Ich verpflichte mich,

- ☐ regelmäßig an von den Ärztekammern und/oder der KVH anerkannten Fortbildungen oder Qualitätszirkeln mit einer Mindestgesamtpunktzahl von 20 pro Jahr, davon mindestens 5 Punkte Fortbildungen, teilzunehmen.
- ☐ die Fortbildungsnachweise jeweils bezogen auf ein Kalenderjahr jeweils bis spätestens zum 15.02. des Folgejahres bei der KVH einzureichen. Mir ist bekannt, dass für den Fall, dass die Fortbildungsnachweise nicht bis zum 15.02. eines jeden Folgejahres erbracht werden, die Teilnahmegenehmigung mit Ablauf dieses Quartals erlischt.

IV. Allgemeines

Leistungen nach dem Vertrag zur qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche Genehmigung erteilt wurde.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift/Vertragsarztstempel

Anlage 2

Zur Vereinbarung zur Förderung der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung

Die folgenden Anforderungen sind vom/von der Arzt/Ärztin bei der Antragstellung gegenüber der KV Hamburg nachzuweisen:

Persönliche fachliche Anforderungen

- Facharzt/Fachärztin (Kinderarzt/Kinderärztin) bei Versorgung von Kindern und Jugendlichen bei Versorgung von mindestens 50 Kindern oder Jugendlichen mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF = Mukoviszidose; ICD E84,- G) bzw.
- Internist/Internistin (z.B. mit Teilgebiet Pneumologie) bei Versorgung von Erwachsenen bei Versorgung von mindestens 50 Erwachsenen mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF = Mukoviszidose; ICD E84,- G)
- bei einer kombinierten Versorgung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mindestens 35 Kinder und Jugendliche und mindestens 35 Erwachsene mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF = Mukoviszidose; ICD E84,- G).

Personelle Ausstattung der Praxis

Die Praxis, in der der Arzt/die Ärztin die besondere Patientenversorgung nach dieser Vereinbarung ausübt, hat die Patientenversorgung mit einem multidisziplinären Team aus folgenden Bereichen sicherstellen:

- Mindestens 1 Arzt/Ärztin, der „Therapie-Erfahrung“ von 100 Patientenjahren (Produkt aus Zahl der selbst betreuten Patienten und der Dauer der Betreuung in Jahren) besitzt.
- Psychosozialer Dienst: z. B. Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin, Psychologe/Psychologin und/oder Sozialpädagoge/Sozialpädagogin
- Physiotherapie: Physiotherapeut/Physiotherapeutin
- Ernährungsberatung: Diätassistent/Diätassistentin oder Oecotrophologe/Oecotrophologin
- Spezialisierter Pflegedienst oder Arzthelfer/Arzthelferin

Medizinisch-technische Ausstattung

Die Praxis, in der der Arzt/die Ärztin die besondere Patientenversorgung nach dieser Vereinbarung ausübt, hat die diagnostischen und therapeutischen Ausstattungen, die der Versorgungsauftrag nach § 4 dieser Vereinbarung beinhaltet, vorzuhalten oder jederzeit zu diesen Zugang zu haben. Hinsichtlich der medizinisch-technischen Ausstattungen kann der Nachweis auch durch Kooperationsvereinbarungen geführt werden.

Protokollnotiz

Sollte der Einheitliche Bewertungsmaßstab zu diesem Krankheitsbild Änderungen unterworfen sein, besteht für die Vertragspartner ein Sonderkündigungsrecht dieser Anlage zum Gesamtvertrag. Die Kündigung ist zum Termin des Inkrafttretens der Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes möglich. Sollten trotz Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zu diesem Krankheitsbild, die bestehende qualitativ hochwertige ambulante Versorgung im Versorgungsbereich Hamburg nicht sichergestellt sein, kann statt einer Kündigung der Vereinbarung alternativ eine neue Vergütung gemäß § 5 Abs. 2 dieser Anlage zum Gesamtvertrag vereinbart werden. Die neue Vergütung gemäß § 5 Abs. 2 dieser Anlage zum Gesamtvertrag tritt zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zu diesem Krankheitsbild in Kraft.

Anlage 7

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der Knappschaft
vom 25.11.2011

Leistungsvergütung bei Schwangerschaftsabbruch

(redaktionelle Anmerkung: ehem.
Ergänzungsvereinbarung vom 20.04.2011)

Zwischen
der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg**
und
der **Knappschaft**
wird folgende

Ergänzungsvereinbarung

zum Gesamtvertrag KBV/Knappschaft vom 01.01.2009

zur Leistungsvergütung bei Schwangerschaftsabbruch

geschlossen:

Präambel

Gemäß den Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung (NVV) erfolgt die Vergütung von Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch nach der jeweils gültigen Euro-Gebührenordnung.

Die Partner dieser Vereinbarung stellen fest, dass – unter Berücksichtigung der bisherigen gesamtvertraglichen Regelungen – zur Sicherstellung einer ausreichenden und bedarfsgerechten Versorgung sowie einer angemessenen Vergütung weitere Regelungen erforderlich sind.

Dies erfolgt im Versorgungsbereich Hamburg in Form der nachfolgend aufgeführten Pauschalvergütung.

§ 1 Vergütungsregelung

(1) Für die Erbringung der Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch (vormals: Sonstige Hilfen-Richtlinien) in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Ärztliche Leistungen inklusive Sach- und Medikamentenkosten im Zusammenhang mit den ärztlichen Leistungen bei der Behandlung gemäß Absatz 1 werden mit

Ausnahme der Leistungen bei medikamentösem Schwangerschaftsabbruch und der Anästhesie je Behandlungsfall pauschal nach der **GOP 99600** vergütet.

(3) Sofern die Leistungen nach Absatz 2 unter Lokalanästhesie durchgeführt werden, erfolgt die Vergütung je Behandlungsfall pauschal nach der **GOP 99601**. Die Leistung nach Absatz 2 und nach Absatz 4 darf in diesem Fall nicht abgerechnet werden.

(4) Leistungen der Anästhesie inklusive Sach- und Medikamentenkosten im Zusammenhang mit den ärztlichen Leistungen der Anästhesie, die im Zusammenhang mit den vorstehenden Leistungen nach Absatz 2 stehen und nicht gemäß Absatz 3 lokal durchgeführt werden, werden je Behandlungsfall pauschal nach der **GOP 99602** vergütet.

(5) Ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit der Behandlung gemäß Absatz 1 sowie die Sach- und Medikamentenkosten im Zusammenhang mit den vorgenannten Leistungen werden je Behandlungsfall pauschal nach der **GOP 99603** vergütet, wenn der Schwangerschaftsabbruch medikamentös durchgeführt wird (Medikamentöser Abbruch).

(6) Die Kontrolluntersuchung(en) nach einem durchgeführten Schwangerschaftsabbruch nach Absatz 1 bis 5 zwischen dem 7. und 14. Tag nach Abbruch werden je Behandlungsfall auf Einzelnachweis pauschal nach der **GOP 99604** vergütet.

Die Abrechnung der Pauschale (GOP 99604) setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschallvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Abrechnung der EBM-Gebührenordnungsposition 01912 voraus.

(7) Die Vergütung für die ärztlichen Leistungen sowie die mit diesen im Zusammenhang stehenden Sachkosten sind mit den vorstehenden Pauschalen abgegolten. Die in Anlage 1 zu dieser Vereinbarung aufgeführten Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM-Ziffern) dürfen nicht neben den jeweiligen Pauschalen abgerechnet werden.

Für die EBM-Ziffern 01900 bis 01902 gilt der vorgenannte Abrechnungsausschluss auch im selben Arztfall.

(8) Die Vergütung ergibt sich aus der Anlage 1.

§ 2 Schlussbestimmung

(1) Die Zahlung der Leistungen nach dieser Vereinbarung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird entsprechend der Leistungsbedarfe der Quartale I bis IV/2008 für vorstehend genannte Leistungen bereinigt. Das Nähere stimmen die Partner der Gesamtverträge im Schriftwechsel ab.

(2) Die Abrechnung und Vergütung der erbrachten Leistungen dieses Vertrages erfolgt nach Maßgabe der jeweils geltenden Abrechnungsregelungen der KV Hamburg. Die KV Hamburg ist berechtigt, den üblichen Verwaltungskostenaufwand gegenüber den teilnehmenden Ärzten bei der Honorarabbrechung in Ansatz zu bringen. Hin-

sichtlich der Abrechnung und Ausweisung im Formblatt 3 gelten im Übrigen die Bestimmungen des Gesamtvertrages zwischen den Vertragspartnern.

(3) Die Vereinbarung tritt mit Wirkung ab dem 01. April 2011 in Kraft.

(4) Die Vereinbarung kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.

Hamburg, den 20.04.2011

Anlage 1
zur
Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch

Nr.	Pauschale	Betrag in EUR	GOP
1	Gynäkologie I in Vollnarkose - ohne Anästhesie (ärztliche Leistungen und Sachkosten mit Ausnahme des medikamentösen Abbruchs Nr. 4) 1 x je Behandlungsfall Neben der GOP 99600 sind die EBM-Gebührenordnungspositionen 01901, 01902, 01904, 01910, 08211, 32045, 32125, 40120 und 40144 nicht abrechenbar.	250,00	99600
2	Gynäkologie I mit Lokalanästhesie (ärztliche Leistungen und Sachkosten sowie Lokalanästhesie mit Ausnahme des medikamentösen Abbruchs Nr. 4) 1 x je Behandlungsfall Neben der GOP 99601 sind die EBM-Gebührenordnungspositionen 01901, 01902, 01904, 01910, 08211, 31800, 32045, 32125, 40120 und 40144 sowie die GOP 99600 und 99602 dieses Vertrages nicht abrechenbar.	275,50 EUR	99601
3	Anästhesie (ärztliche Leistungen und Sachkosten der Anästhesie im Zusammenhang mit Nr. 1) 1 x je Behandlungsfall Neben der GOP 99602 sind die EBM-Gebührenordnungspositionen 01903, 01913, 05211 und 05230 sowie die GOP 99601 dieses Vertrages nicht abrechenbar.	230,00 EUR	99602
4	Gynäkologie II (ärztliche Leistungen bei medikamentösem Abbruch und Sachkosten ohne EBM 40156) 1 x je Behandlungsfall Neben der GOP 99603 sind die EBM-Gebührenordnungspositionen 01901, 01902, 01906, 01911, 08211 und 33044 sowie die GOP 99600 bis 99602 dieses Vertrages nicht abrechenbar.	268,70 EUR	99603
5	Kontrolluntersuchung (Kontrolluntersuchung nach einem durchgeführten Schwangerschaftsabbruch nach Nr. 1, 2 oder 4 nach Maßgabe von § 1 Absatz 6) 1 x je Behandlungsfall auf Einzelnachweis Die Leistung setzt die Genehmigung der KV Hamburg nach der Ultraschall-Vereinbarung gem. § 1 Absatz 6 voraus. Neben der GOP 99604 sind die EBM-Gebührenordnungspositionen 01912 und 33044 nicht abrechenbar.	24,50 EUR	99604

Protokollerklärung

Anlässlich der Unterzeichnung der „Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch“ stimmen die Partner der Gesamtverträge sowie die Freie- und Hansestadt Hamburg (FHH) darin überein, dass die FHH die zwischen den Gesamtvertragspartnern vereinbarten Vergütungen entsprechend den hierfür geltenden Regelungen des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG)) vollumfänglich gegen sich gelten lässt.

Hamburg, den 20.04.2011

Anlage 8

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der Knappschaft
vom 25.11.2011

Vereinbarung zur Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen auf die vereinbarte Gesamtvergütung

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**

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

wird die nachfolgende

Vereinbarung

zur Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen

auf die vereinbarte Gesamtvergütung

nach § 87a Absatz 3a Satz 5 in Verbindung mit § 13 Abs. 2, § 53 Absatz 4 mit Ausnahme von
§ 13 Absatz 2 Satz 5 SGB V geschlossen

Diese gemeinsam und einheitlich geschlossene Vereinbarung wird zugleich als

- **29. Nachtrag Anlage N** zum Gesamtvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg vom 18.04.1996,
- **28. Nachtrag Anlage L** zum Gesamtvertrag mit dem BKK Landesverband Nordwest vom 18.04.1996,
- **26. Nachtrag Anlage L** zum Gesamtvertrag mit der IKK classic vom 18.04.1996,
- **4. Nachtrag Anlage 8** zum Gesamtvertrag mit der Knappschaft vom 25.11.2011 sowie
- **35. Nachtrag Anlage P** zum Gesamtvertrag mit dem vdek vom 11.04.1996.

Präambel

Die Vertragspartner schließen mit Wirkung für die von den rubrizierenden Vertragspartnern vertretenen Krankenkassen für den Zeitraum ab dem 01.04.2013 die nachfolgende Vereinbarung zur Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen auf die vereinbarte Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3a Satz 5 SGB V im Versorgungsbereich Hamburg.

§ 1

Grundlagen der Anrechnung

Für die nachfolgend abschließend aufgeführten Kostenerstattungsleistungen findet eine Anrechnung auf die vereinbarte Gesamtvergütung nach den näheren Bestimmungen dieser Vereinbarung statt:

1. Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Absatz 2 SGB V sofern

- a) gemäß § 13 Absatz 2 Satz 1 SGB V generell Kostenerstattung gewählt wurde
- b) gemäß § 13 Absatz 2 Satz 4, 1. Alt. SGB V eine Einschränkung auf den Bereich der ärztlichen Leistungen erfolgt ist.

2. Kostenerstattungsleistungen nach § 53 Absatz 4 SGB V sofern

- a) der Tarif entsprechend 1. a) ausgestaltet ist
- b) der Tarif entsprechend 1. b) ausgestaltet ist.

§ 2

Inhalt und Umfang der Anrechnung

- (1) Die Anrechnung der Kostenerstattungsleistungen nach § 1 findet für Versicherte statt, die nach dem Wohnortprinzip dem Bezirk der KVH zugeordnet sind (Wohnort-KV).
- (2) Eine Anrechnung erfolgt gem. § 13 Abs. 2 Satz 12 SGB V nur dann, wenn die Kostenerstattungsleistungen für ein Kalendervierteljahr gewählt wurden.
- (3) Voraussetzung für eine Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen nach dieser Vereinbarung ist, dass die Vertragspartner der Prüfungsvereinbarung eine Regelung zur Herausrechnung der von Vertragsärzten bei Versicherten mit gewählter Kostenerstattungsleistung veranlassten Arzneimittelverordnungen im Rahmen der Prüfungsvereinbarung mit Wirkung für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V getroffen haben.
- (4) Es werden keine pauschalen Anrechnungsbeträge vereinbart.
- (5) Fälle der Kostenerstattungsleistungen nach § 1 Nr. 1 a und b sowie Nr. 2 a und b werden auf die Gesamtvergütung angerechnet, indem die Anzahl der betreffenden Versicherten einer Krankenkasse, die Kostenerstattungsleistungen gewählt haben, von der von der Krankenkasse für das betreffende Kalendervierteljahr gemeldeten Versichertenzahl für die Berechnung der regionalen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3 Satz 1 gemäß der jeweils geltenden Honorarvereinbarung in Abzug gebracht wird.
- (6) Die Meldung der Versicherten erfolgt nach Maßgabe des § 4.

§ 3

Inanspruchnahme des Kollektivsystems

- (1) Erfolgt durch Versicherte, die Kostenerstattungsleistungen nach § 1 Nr. 1 a, b, Nr. 2 a oder b gewählt haben, eine Inanspruchnahme von Leistungen im Kollektivvertrag, vergütet die Krankenkasse die erbrachten Leistungen zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung außerhalb der MGV.
- (2) Die Ausweisung der Leistungen erfolgt im Formblatt 3 nach den Regelungen zur Darstellung der sogenannten nichtvertragskonformen Inanspruchnahme (NVI) bei der Bereinigung von Selektivverträgen (288. Beschluss des Bewertungsausschusses Teil A Ziffer 3.1.6 Nr. 4 - ggf. einschließlich etwaiger Folgebeschlüsse - in Verbindung mit Anlage 6 der Bundesmantelverträge I, Abschnitt 1 § 1 Absatz 3a). Die KV Hamburg liefert hierzu an die betreffenden Krankenkassen
 1. die Datenlieferung gem. Anlage 6 der Bundesmantelverträge I, Abschnitt 1 § 1 Absatz 3a,
 2. die Datenlieferung nach 1. ausschließlich für die NVI-Fälle sowie
 3. die Datenlieferung nach 1. ausschließlich für die Fälle des Abs. 1.
- (3) Die Vergütungen nach Absatz 1 werden entsprechend der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelungen bei der Ermittlung der Abschlagszahlungen berücksichtigt.

§ 4

Datenlieferung und Frist

(1) Die Datenlieferungsverpflichtungen entsprechend des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 263. Sitzung am 17. Oktober 2011 Teil B mit Wirkung zum 17. Oktober 2011 - ggf. einschließlich etwaiger Folgebeschlüsse - stellen keine taugliche Grundlage für eine Datenlieferung dar, die die Anforderungen nach dieser Vereinbarung vollständig erfasst. Daher ist die Anzahl der Versicherten, die Kostenerstattungsleistungen nach § 1 Nr. 1 a, b, Nr. 2 a oder b gewählt haben, der KVH unter Angabe der Krankenversichertennummer, Name, Vorname, Geburtsdatum und PLZ nach Anlage 1 in Papierform zu melden (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung). Die Meldung kann an die FAX-Nr. 040/22802-420 erfolgen.

(2) Die Meldung hat durch die Krankenkasse bis spätestens 1 Woche vor Ablauf des Kalendervierteljahres zu erfolgen, für das die Anrechnung nach dieser Vereinbarung erfolgen soll.

(3) Erfolgt keine fristgerechte Lieferung der Daten an die KVH, findet eine Anrechnung für das betreffende Kalendervierteljahr nicht statt.

§ 5

Inkrafttreten und Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2013 in Kraft. Der Vertrag kann jeweils mit einer Frist von drei Monaten zum Schluss eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.

(2) Sofern Krankenkassen und/oder einzelne der rubrizierenden Vertragspartner mit der KV Hamburg bestehende Vereinbarungen zur Anrechnung von Kostenerstattungen haben, finden diese vorrangig Anwendung, wenn in den Vereinbarungen sichergestellt ist/wird, dass alle in der vorstehenden Vereinbarung aufgeführten Arten der Kostenerstattung erfasst sind und darüber hinaus Ausschlussfristen für den Eingang der Versichertenmeldungen inklusive Krankenversichertennummern an die KV Hamburg und die gemeinsame Prüfungsstelle vorgesehen sind, die der Frist in § 4 entspricht.

Hamburg, den 09.04.2013

Kassenstempel

Datum: _____
Kassennummer: _____
Quartal: _____

Kassenärztliche Vereinigung – Erfassung Kostenerstattung

Fax-Nr.: 040/22802-420 +++Fax-Nr.: 040/22802-420 +++ Fax-Nr.: 040/22802-420

Abgabetermine: Gem. § 4 hat Meldung durch die Krankenkasse bis spätestens 1 Woche vor Ablauf des Kalendervierteljahres zu erfolgen, für das die Anrechnung nach dieser Vereinbarung erfolgen soll.

Meldung der Versicherten gem. der Vereinbarung über die Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen auf die Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3a Satz 5 SGB V

Versicherte nach
nach § 1 Nr. 1 a, b, Nr. 2 a oder
b der Vereinbarung

--

Die Krankenversichertennummern, Name, Vorname, Geburtsdatum und PLZ aller gemeldeten Versicherten, die Kostenerstattung nach § 1 Nr. 1 a, b, Nr. 2 a oder b der Vereinbarung gewählt haben, sind dieser Meldung als Anlage beigefügt.

Unterschrift

Anlage

Anlage 1 zur Vereinbarung

Datum: _____
Kassennummer: _____
Quartal: _____

[illegible]