

Zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

und

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

dem **BKK- Landesverband NORD,**
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau und
handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung,

der **Innungskrankenkasse Hamburg,**

der **Knappschaft**

den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Hamburg**

- Barmer Ersatzkasse
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- Gmünder ErsatzKasse (GEK)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- Hamburg Münchener Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch den Leiter in der vdek-Landesvertretung Hamburg

wird folgende

Honorarvereinbarung 2010

geschlossen:

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

Präambel

Diese Vereinbarung basiert auf den Beschlüssen des Bewertungsausschusses (BA) sowie des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) gemäß § 87 Abs. 4 SGB V zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung vom 02.09.2009 und 22.09.2009.

1. Ambulante ärztliche Leistungen werden, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, nach der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Dies gilt auch für ambulante ärztliche Leistungen von Krankenhäusern in Notfällen mit der Maßgabe, dass diese mit 90 % nach der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Euro-Gebührenordnung vergütet werden.

2. Der Punktwert zur Berechnung der regionalen Euro-Gebührenordnung (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) im Jahre 2010 beträgt 3,5048 Cent. Für den Planungsbereich Hamburg ist gemäß Teil D der Beschlüsse des EBA vom 02.09.2009 keine Unterversorgung festgestellt worden. Die Punktwerte für Unterversorgung kommen nicht zur Anwendung.

2.1. Leistungen aus Vorquartalen werden nach den zum Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden Abrechnungsbedingungen vergütet und fließen dementsprechend in die Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen ein.

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

3.1. Die rubrizierenden Verbände der Krankenkassen liefern die für die Berechnung der (vorhersehbaren) quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erforderlichen Versichertenzahlen entsprechend des dazu vom BA gefassten Beschlusses in seiner 199. Sitzung vom 22.09.2009 zu Datenlieferungen gemäß § 87a Abs. 4 Nr. 1 i.V.m. Abs. 6 SGB V. Bei nicht vollständiger oder nicht fristgerechter Datenlieferung, die in der Verantwortlichkeit einer Krankenkasse liegt, wird jede der folgenden Abschlagszahlungen dieser Krankenkasse um 5% erhöht. Der überzahlte Betrag wird erst nach erfolgter vollständiger Datenlieferung ausgeglichen.

3.2. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung stellt eine höchstzulässige Obergrenze dar und wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4 dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht kann ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V auf der Grundlage

des Beschlusses des EBA vom 02.09.09 Teil E gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V begründet werden.

3.3. Die KVH übermittelt die Berechnung der kassenspezifischen vorhersehbaren quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen gemäß Anlage 2a zu dieser Vereinbarung jeweils 9 Wochen vor Quartalsbeginn zum Zwecke der Berechnung der arzt- / praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV) an die zur Entgegennahme der kassenseitigen Abrechnung berechtigten Stellen. Mit Übermittlung der Berechnung beginnt eine Ausschlussfrist von 3 Wochen, binnen derer die Krankenkassen die Berechnungen beanstanden können.

Im Falle einer Beanstandung ist die Höhe der vorhersehbaren quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zwischen KVH und der Krankenkasse unverzüglich einvernehmlich festzustellen. Ist in diesem Verfahren eine gültige kassenspezifische vorhersehbare quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gefunden, werden die arzt- / praxisbezogenen RLV durch die KVH fristgerecht mitgeteilt. Kommt eine einvernehmliche Feststellung binnen der vorgenannten Frist nicht zustande, gilt die von der KVH mitgeteilte vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung allein zum Zwecke der Berechnung der arzt- / praxisbezogenen RLV.

Die vorstehend dargestellten vorhersehbaren quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen stellen ausschließlich die Grundlage für die Berechnungen der arzt- / praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV) dar. Die kassenspezifischen quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen i.S.d. Ziffer 3.2. werden unabhängig davon nach Anlage 2b zu dieser Vereinbarung bei Rechnungslegung berechnet und den Kassen mitgeteilt.

3.4. „Werden RLV einzelner Ärzte bzw. Praxen i. S. des § 87b Abs.2 S.2 SGB V tatsächlich nicht ausgeschöpft, werden diese Unterschreitungsbeiträge versorgungsbereichsspezifisch den Rückstellungen gemäß Beschluss Teil G des Beschlusses des EBA vom 27./28. August 2008 zugeführt und stehen für einen Ausgleich von Unterdeckungen der Rückstellungen zum Beschluss Teil G und der Vorwegabzüge gemäß Nr. 2 der Anlage 2 zum Beschluss Teil F zur Verfügung. Nach einem Ausgleich von Unterdeckungen der Rückstellungen zum Beschluss Teil G und der Vorwegabzüge gemäß Nr. 2 der Anlage 2 zum Beschluss Teil F nicht verbrauchte Beträge dieser Rückstellungen gemäß Satz 1 werden versorgungsbereichsspezifisch gesonderten Rückstellungen zugeführt. Über die Verwendung dieser Rückstellungen entscheiden die Vertragspartner zeitnah quartalsbezogen einheitlich. Kommt binnen einer Frist von 4 Wochen nach Information der KVH an die Landesverbände der Krankenkassen und dem vdek über die zur Verwendung der bei der Ermittlung der RLV eingestellten Werte gemäß Abschnitt III. der Beschlüsse des BA vom 02.09.2009 eine einvernehmliche Regelung über die Verwendung der vorgenannten Rückstellung nicht zu Stande, erhöhen diese Rückstellungen versorgungsbereichsspezifisch die ermittelten RLV-Vergütungsvolumen des nächsterreichbaren Kalendervierteljahres.

3.5. Die KVH bildet ausreichend Rückstellungen und Vorwegabzüge gemäß der Vorgaben der Beschlüsse des EBA vom 2.9.2009 (Teil G) und 22.09.2009 (Teil F). Überdeckungen oder noch nicht durch Ziffer 3.4 ausgeglichene Unterdeckungen bei den gebildeten Rückstellungen bzw. Vorwegabzügen werden über die Berechnung der RLV für das nächst erreichbare Quartal ausgeglichen.

3.6. Für den Fall von Kassenfusionen vereinbaren die Vertragspartner, dass soweit zwischen den jeweiligen Gesamtvertragspartnern nicht etwas anderes vereinbart ist, der Behandlungsbedarf nach Ziffer 1 des Berechnungsschemas der Anlage 2a und b der Summe der Behandlungsbedarfe der fusionierten Krankenkassen entspricht.

3.7. Der angekündigte Beschluss des BA/EBA zu Selektivverträgen wird umgesetzt (Teil B, Nr. 2.2 des Beschlusses des EBA vom 2. September 2009). Eine ggf. notwendige Verfahrensregelung wird zeitnah nach Inkrafttreten des Beschlusses zwischen den Vertragsparteien getroffen.

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

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

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

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

4.3. Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

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

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

4.6. Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

4.7. Leistungen der Strahlentherapie nach Kapitel 25 (GOP 25210 bis 25342),

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

4.9. Leistungen der künstlichen Befruchtung, nach den GOP 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510X, 08530X, 08531X, 08540X bis 08542X, 08550X bis 08552X, 08560X, 08561X, 08570X bis 08574X, 11311X, 11312X, 11320X bis 11322X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 33043X, 33044X, und 33090X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den GOP 32354X, 32356X, 32357X, 32575X bis 32576X, 32660X und 32781X, 36272X, 36503X und 36822X.

Der nach Maßgabe der KVH gekennzeichnete, nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung zur Auszahlung gelangende Leistungsbedarf der betreffenden Leistungen

im Formblatt 3 wird mit einem Anteil von 50% des berechneten Leistungsbedarfs ausgewiesen.

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

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

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

4.13. Dialyse Sachkostenpauschalen nach den GOP 40800 bis 40822,

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

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

4.16. Kostenpauschalen nach den GOP 40860 und 40862 zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV),

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

4.18. Kostenpauschalen im Zusammenhang mit der Verordnung besonderer Arzneimitteltherapie nach den GOP 40865 bis 40868,

4.19. Nukleinsäurenachweis von Influenza A/H1N1 nach der GOP 88740 sowie der Influenza Schnelltest nach der GOP 88741,

4.20. Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882.

Der Leistungsbedarf des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 als Ausgangsbasis gem. Beschluss Teil B der Beschlüsse des EBA vom 02.09.2009 für die Ermittlung der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des entsprechenden Quartals des Jahres 2010 wird um die auf die Leistungen nach Nr. 4.11, 4.12 entfallenden Leistungsbedarfe des Jahres 2008 bereinigt. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass in Euro bewertete Kostenpauschalen in Punktzahlen umgerechnet worden sind. Das vom BA nach § 87 a Abs.5 Satz 4 SGB V festzulegende Verfahren ist für die Leistungen nach 4.11, 4.12 dieses Vertrages entsprechend anzuwenden.

5. Für

5.1. die Leistungen des Kapitels 31 (Abschnitte 31.2, 31.5) des EBM wird ein Zuschlag in Höhe von 0,7135 Cent,

5.2. die Begleitleistungen für ambulante Operationen der Abschnitte 31.1, 31.3, 31.4 und die Leistungen des Abschnitts 31.6 des EBM wird ein Zuschlag in Höhe von 1,2464 Cent,

5.3. die Leistungen nach den GOP 13421 bis 13431, 04514, 04515, 04518 und 04520 des EBM wird ein Zuschlag in Höhe von 0,7135 Cent sowie

5.4. die Leistungen der Phototherapeutische Keratektomien nach den GOP 31362 des EBM wird ein Zuschlag in Höhe von 0,7135 Cent,

5.5. die Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.2 und 1.7.4 des EBM exklusive der Leistungen nach den Nrn. 4.4 und 4.5 dieses Vertrages wird ein Zuschlag in Höhe von 0,3241 Cent

auf den Punktwert nach Nr. 2. gezahlt.

Die Zuschläge nach den Nummern 5.1., 5.2., 5.3. und 5.4. dieser Vereinbarung stehen unter Vorbehalt:

Der GKV-Spitzenverband hat am 23.09.09 beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg einen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz mit dem Ziel gestellt, dass die aufschiebende Wirkung der anhängigen Klage gegen den vom Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 15. Sitzung am 02.09.09 getroffenen Beschlussteil C (Festlegung von Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur für das Jahr 2010 gemäß § 87 Abs. 2f SGB V) angeordnet wird. Wird durch das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg die aufschiebende Wirkung des Beschlussteils C angeordnet, entfaltet diese Anordnung sofortige Wirkung auf den vorliegenden Honorarvertrag.

Ergibt sich aus dem rechtskräftigen Urteil der beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg anhängigen Klage gegen den vom Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 15. Sitzung am 02.09.09 getroffenen Beschlussteil C (Festlegung von Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur für das Jahr 2010 gemäß § 87 Abs. 2f SGB V) eine anderweitige Finanzierungsregelung, werden die Vertragspartner diese Entscheidung umsetzen.

Streitig sind vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg nur die Ziffern 5.1., 5.3. und 5.4. dieser Honorarvereinbarung. Mit den Zuschlägen zu den Begleitleistungen der 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 Pfllegetag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pfllegetage.

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

8. Nachvergütungen aufgrund unvorhersehbarer Anstiege des Behandlungsbedarfs gemäß § 87 a Abs. 5 Nr. 1 SGB V und der dazu ergangenen Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 und 02.09.2009 werden nach Eingang entsprechender Daten und nach der gemeinsamen Feststellung nach Nr. 3.2. dieser Vereinbarung binnen 6 Wochen fällig. Zusätzliche Vergütungen aufgrund von Epidemien oder Großschadensereignissen werden in diesem Zusammenhang von den Krankenkassen im Wege der kassenseitigen Abrechnungen durch Nachweis der nach Maßgabe der ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg gekennzeichneten Behandlungsbedarfe vergütet.

Der mit der Nummer 88200 gekennzeichnete Leistungsbedarf, betreffend kurative Leistungen im Zusammenhang mit der Influenza A/H1N1, welcher über die Leistungen nach Ziffer 4.19 hinaus geht, wird von den Krankenkassen als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes außerhalb der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

Dabei handelt es sich gem. Beschluss Teil E der o. g. Beschlüsse des (erweiterten) Bewertungsausschusses um Einmalzahlungen, die nicht Bestandteil der Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung im nachfolgenden Vertragszeitraum sind.

Die konkrete Kennzeichnung der einzelnen GOP erfolgt nach Maßgabe der ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg. Im Formblatt 3 sind diese Leistungen bis zur 6. Ebene in einem gesonderten Abschnitt (Influenza A/H1N1) auszuweisen unter Konto 400, Kapitel 80.

Die Kennzeichnung wird innerhalb der sachlich rechnerischen Prüfung von der KVH unter Beachtung der entsprechend gesicherten Diagnose (J09G – nach positivem PCR-Test) geprüft. Die sachlich rechnerische Prüfung erfolgt auf der Grundlage des in der Anlage 3 beigefügten Kataloges der Leistungen enthält, die im Zusammenhang mit der Infektion mit dem A/H1N1 Virus erbracht werden.

Sollte der BA/EBA konkretisierende Regelungen zur Abrechnung des mit 88200 gekennzeichneten Leistungsbedarf beschließen, tritt die Anlage 3 ganz oder teilweise ab dem Zeitpunkt des rechtsverbindlichen Inkrafttretens der entsprechenden Regelungen außer Kraft.

9. Honorar-Rückforderungen betreffend Leistungen außerhalb von RLV aus nachträglichen sachlich-rechnerischen Berichtigungen sowie Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind von der KVH an die Krankenkassen zurückzuzahlen.

10. Die KVH kommt allen aktuell gültigen Verpflichtungen zur Datenlieferung aus den Beschlüssen des BA/EBA vollständig und fristgerecht nach. Bei nicht vollständiger oder nicht fristgerechter Datenlieferung, für die die KVH verantwortlich ist, wird jede der

folgenden Abschlagszahlungen um 5% gekürzt. Der einbehaltene Betrag wird erst nach erfolgter vollständiger Datenlieferung ausgeglichen.

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

Hamburg, den 27. November 2009

Anlage 1

zur Honorarvereinbarung 2010

Übersicht zur regionalen Euro-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg im Jahre 2010

wird noch ausgeführt

Anlage 2a
zur Honorarvereinbarung 2010

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsweisen vorhersehbaren MGV gemäß Beschluss des EBA vom 02.09.09 und honorarvertraglicher Regelung 2010 in Hamburg:

VKNR: Kasse: Vertragszeitraum: Ausgangszeitraum:

1. Leistungsbedarf gemäß Satzart ARZTRG87c4 innerhalb der MGV in Punkten je Quartal (Leistungen in Euro sind mit OPW 3,5048 Cent umzurechnen) bereinigt um die gemäß der Honorarvereinbarung außerhalb der MGV vereinbarten Leistungen (Excisionen beim Hautkrebsscreening [GOP 10343, 10344 soweit diese im Zusammenhang mit den GOP 01745, 01746 erbracht wurden], schmerztherapeutische Leistungen [LSK = A1])

1.1. Leistungen ohne Leistungssegment (LSK=RA)	x
1.2. Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (LSK =N) inkl. Anpassungsfaktor 1,1018	x
1.3. Laborärztliche Grundpauschale (LSK=L) inkl. Anpassungsfaktor 0,6407	x
1.4. Akupunktur (LSK=A2) inkl. Anpassungsfaktor 1,1733	x
1.5 Polysomnographie (LSK=A3) inkl. Anpassungsfaktor 1,2063	x
1.6. MRT-Angiographie (LSK=A4) inkl. Anpassungsfaktor 1,1706	x
1.7. Antrags-und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (LSK=A5) inkl. Anpassungsfaktor 1,2944	x
<i>Summe MGV Leistungsbedarf in Punkten</i>	x
2. Anwendung HVV-Quote Hamburg 0,8826 (Ergebnis 1. *0,8826)	x
3. Multiplikation Nr. 2 mit Veränderungsrate 2008/2009 1,051 (Beschluss Teil B Ziffer 1.6 EBA 2.9.09)	x
4. Multiplikation Nr. 3 mit Veränderungsrate 2009/2010 1,016616 (Beschluss Teil B Ziff. 2.3.3 EBA 2.9.09)	x
5. Multiplikation Nr. 4 mit Steigerungsrate 1,003357 (Beschluss Teil B Ziff. 3.3 EBA 2.9.09)	x
6. Versichertenzahl des Ausgangszeitraumes lt. Satzart ANZVER87c4	x
7. Leistungsbedarf je Versicherten (Ergebnis 5./ 6.)	x
8. aktuelle Versichertenzahl nach Ziffer 3.1 der Honorarvereinbarung Satzart ANZVER87c4	x
9. morbiditätsbedingter Leistungsbedarf in Punkten (Ergebnis 7. * 8.)	x
10. vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bewertet zum OPW 3,5048 Cent (Ergebnis 9. * 0,035048 Cent)	x

Der Leistungsbedarf der Ziffern 1.2 – 1.7 stellt den Leistungsbedarf nach der Anpassung mit dem jeweils genannten Anpassungsfaktor dar.

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2010

Leistungskatalog Neue Grippe

Kurative Leistungen bei der Neuen Grippe, insbesondere bei den Fachgruppen der Hausund Kinderärzte:

Hausärzte einschließlich hausärztliche Internisten:

GOP Leistung

03110 Versichertenpauschale bis 5. Lj.
03111 Versichertenpauschale 6. bis 59 Lj.
03112 Versichertenpauschale ab 60 Lj.

oder

03120 Versichertenpauschale bis 5. Lj., Überweisung
03121 Versichertenpauschale 6. bis 59 Lj., Überweisung
03122 Versichertenpauschale ab 60 Lj., Überweisung

oder

03130 Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme
19:00 bis 07:00 Uhr, Wochenende und Feiertags

Die Versichertenpauschalen gemäß der GOPs 03110, 03111, 03112, 03120, 03121, 03122 und 03130 sind nur dann mit der Gebührenziffer 88200 zu kennzeichnen, wenn beim ersten Arzt-/Patientenkontakt im jeweiligen Quartal die gesicherte Diagnose J09G nach positivem PCR-Test gestellt wurde.

Labor:
32001 Laborbonus

Kinderärzte:

04110 Versichertenpauschale bis 5. Lj.
04111 Versichertenpauschale 6. bis 59. Lj.
04112 Versichertenpauschale ab 60. Lj.

Oder

04120 Versichertenpauschale bis 5. Lj., Überweisung
04121 Versichertenpauschale 6. bis 59 Lj., Überweisung
04122 Versichertenpauschale ab 60 Lj., Überweisung

Oder

04130 Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme
19:00 bis 07:00 Uhr, Wochenende und Feiertags

Die Versichertenpauschalen gemäß der GOPs 04110, 04111, 04112, 04120, 04121, 04122 und 04130 sind nur dann mit der Gebührenziffer 88200 zu kennzeichnen, wenn beim ersten Arzt-/Patientenkontakt im jeweiligen Quartal die gesicherte Diagnose J09G nach positivem PCR-Test gestellt wurde.

Labor:

32001 Laborbonus

Leistungen, die alle Fachgruppen betreffen:

Unvorhergesehene Inanspruchnahme:

01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme 19:00 bis 22:00 Uhr

01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme 22:00 bis 07:00 Uhr

01102 Unvorhergesehene Inanspruchnahme Samstags 07:00 bis 14:00 Uhr

Besuche (jeweils nur 1 GOP berechnungsfähig):

01410 Besuch

01411 Dringender Besuch I

01412 Dringender Besuch II

01413 Besuch eines weiteren Kranken

01415 Dringender Besuch im Wohn-/Pflegeheim

Sonstiges:

01416 Begleitung eines Kranken beim Transport

01420 Prüfung / Koordination häusliche Krankenpflege

01430 Verwaltungskomplex (nicht neben anderen GOP abrechnungsfähig)

01436 Konsultationspauschale (ggf. 2 bis 3 mal)

01600 Ärztlicher Bericht

01601 Ärztlicher Brief (nicht in jedem Fall erforderlich)

40100 Versandmaterial

40120 Porto Brief (nicht für die Meldung an das Gesundheitsamt)

40122 Porto Brief (nicht für die Meldung an das Gesundheitsamt)

40240 Besuch durch Praxismitarbeiter

40260 Besuch durch Praxismitarbeiter, weiterer Patient

Labor:

12220 Grundpauschale Laborärzte, sofern keine weiteren Untersuchungen beauftragt

12225 Grundpauschale bei Probeneinsendung, sofern keine weiteren Untersuchungen beauftragt.

32035 Erythrozytenzählung (ggf. 2 mal)

32036 Leukozytenzählung (ggf. 2 mal)

32037 Thrombozytenzählung (ggf. 2 mal)

32038 Hämoglobin (ggf. 2 mal)

32039 Hämatokrit (ggf. 2 mal)

32042 BSG

Oder

32122 Vollständiger Blutstatus (ggf. 2 mal)

32128 CRP (ggf. 2 mal)

Organisierter Notfalldienst:

01210 Notfallpauschale

01211 Zusatzpauschale zur 01210

Oder

01216 Notfallkonsultationspauschale II
01217 Zusatzpauschale zur 01216

Oder

01218 Notfallkonsultationspauschale III
01219 Zusatzpauschale zur 01218

Teilweise könnten HNO Ärzte einbezogen werden:

09210 Grundpauschale bis zum 5. Lj.
09211 Grundpauschale 6. bis 59. Lj.
09212 Grundpauschale ab 60. Lj.
09311 Lupenlaryngoskopie (in Einzelfällen)
02100 Infusion bei Kreislaufversagen

Teilweise könnten Radiologen einbezogen werden:

24210 Konsiliarpauschale bis zum 5. Lj.
24211 Konsiliarpauschale 6. bis 59. Lj.
24212 Konsiliarpauschale ab 60. Lj.
34220 Thorax-Röntgen

Weitere Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

88740 PCR
88741 Influenza-Schnelltest
40870 Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen
40872 Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen, weiterer Patient

Andere Gebührenordnungsziffern sind im Rahmen der sachlich und rechnerischen Prüfung der KVH gemäß Nr. 8 des Honorarvertrages 2010 herauszufiltern und nicht als mit der Nummer 88200 gekennzeichnete Leistungsbedarf zuzulassen