

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 der Honorarvereinbarung 2018 i. d. F. des 2. Nachtrages

Inhaltsverzeichnis

Gliederung / Inhalt		Seite
Gesamtvertrag	§§ 1 bis 12	3
Anlage	- Honorarvereinbarung 2012 -	11
Anlage	- Schiedsamt vom 15.08.2013, Az. des BSG: B 6 KA 5/16 R Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahre 2013 (Honorarvereinbarung 2013) -	27
Anlage	- Honorarvereinbarung 2014 i. d. F. des 5. Nachtrages -	56
Anlage	- Honorarvereinbarung 2015 i. d. F. des 2. Nachtrages -	75
Anlage	- Honorarvereinbarung 2016 i. d. F. des 4. Nachtrages -	95
Anlage	- Honorarvereinbarung 2017 i. d. F. des 7. Nachtrages -	118
Anlage	- Honorarvereinbarung 2018 i. d. F. des 2. Nachtrages -	139
Anlage 1	- Hautkrebsvorsorge -	178
Anlage 2	- Meldung der Versicherten mit Kostenerstattung -	182
Anlage 5	- Leistungsvergütung Mammographiescreening -	185
Anlage 6	- Förderung der Mukoviszidoseversorgung -	188
Anlage 7	- Leistungsvergütung bei Schwangerschaftsabbruch -	197
Anlage 8	- Vereinbarung zur Anrechnung von Kostenerstattungs- leistungen auf die vereinbarte Gesamtvergütung -	202
Anlage 9	- Vereinbarung zur Durchführung des Screenings multi- resistenter gramnegativer Erreger (MRGN) im Vorwege von Krankenhausbehandlungen i. d. F. des 1. Nachtra- ges -	209

§ 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 anpruchsberechtigten 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 artzseitige 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 artzseitigen 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) Die KV Hamburg ist rechnungsbegleichende Stelle nach § 44 Abs. 6 Bundesmantelvertrag.

Materialien, welche im Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung angewandt und/oder verbraucht werden, sind nur dann als Sachkosten auf dem Behandlungsausweis (Abrechnungsschein) abrechnungsfähig, wenn sie nicht in den berechnungsfähigen Leistungen des EBM (unter anderem Kosten nach 7.1 EBM) enthalten sind, nicht zu den Kosten nach 7.2 EBM zählen und nicht in der zum Zeitpunkt der Erbringung der Leistung aktuell gültigen Sprechstundenbedarfsvereinbarung als Sprechstundenbedarf definiert sind. Des Weiteren ist eine Sachkostenabrechnung dann im Rahmen der Plausibilitätsprüfung zu beanstanden, wenn der Zusammenhang zwischen der erbrachten Leistung und dem abgerechneten Material nicht gegeben ist.

Bei der Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen erfolgt die Darstellung im Formblatt 3 unter Kto. 400 Kapitel 90 Abschnitt 2 mit der Pseudoziffer 90000.

Im Einzelfallnachweis (EFN) ist mit Wirkung ab der Rechnungslegung für das 4. Quartal 2017 an für jeden Sachkostenartikel das Freitextfeld beginnend mit dem Preis (2 Dezimalstellen nach dem Komma), gefolgt von dem Verkettungszeichen "|" (technisch: Pipe-Zeichen), gefolgt von der Bezeichnung des Sachkostenartikels, zu befüllen.

Die Knappschaft ist berechtigt, die Kosten im Einzelfall zu überprüfen. Dazu wird die KVH auf Verlangen die Originalbelege vom Arzt anfordern und der Knappschaft vorlegen (Einsichtnahme). Die Knappschaft ist berechtigt, alternativ zur Einsichtnahme gegen Kostenerstattung die Übermittlung von Kopien zu verlangen.

§ 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 KV Hamburg sowie der gemeinsamen Prüfungsstelle nach Maßgabe der Prüfungsvereinbarung unter Angabe der Versichertennummer, Name, Vorname, Geburtsdatum und PLZ nach Anlage 2 maschinenlesbar im Excel-Format bis spätestens 1 Woche vor Ablauf des Kalendervierteljahres, für das die Anrechnung nach dieser Vereinbarung erfolgen soll, 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 wer-

den. 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 Kalender- vierteljahres mit eingeschriebenem Brief gekündigt werden. Für die einzelnen Anlagen zu diesem Vertrag können jeweils besondere Kündigungsfristen vereinbart werden.

Hamburg, den 25.11.2011

Protokollnotiz zu § 5 Abs. 6 des Gesamtvertrages vom 25.11.2011

1. Die Plausibilitätsprüfung umfasst die Prüfung, ob die in Ansatz gebrachten Sachkosten mit Blick auf die erbrachten Leistungen plausibel sind. Dies umfasst keine Prüfung dahingehend, ob der Ansatz der Sachkosten ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich war und ob sie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.
2. Fordert die KVH im Rahmen der Sachkostenprüfung Originalbelege von den abrechnenden Ärzten an, verbleibt eine Abschrift dieser Dokumente (in Elektronischer- oder Papierform) bei der KVH. Aus dieser Abschrift geht hervor, dass das Originaldokument bei der KVH vorgelegen hat. Bei der Einsichtnahme verzichtet die Knappschaft auf die Vorlage der Originalunterlagen, soweit eine entsprechende Abschrift vorliegt.
3. Ein Beispiel für die Darstellung im EFN sieht wie folgt aus:
„5,35|Einmalendoskopiezange
3,48|Bakterienfilter“

Anlagen

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der Knappschaft
vom 25.11.2011

Honorarvereinbarungen

Honorarvereinbarung 2012
vom 20.04.2012

Zwischen

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

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird folgende

Honorarvereinbarung 2012

geschlossen:

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

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. (Excisionen beim Hautkrebsscreening), 4.12. (Leistungen der Schmerztherapie) entfallenden Leistungsbedarfe des Jahres 2008 bereinigt.

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

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

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

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

3.3. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen wird in Summe über alle Krankenkassen einmalig für das Jahr 2012 in jedem Quartal um einen festen Stützungsbetrag von **300.000 Euro** erhöht. Der feste Stützungsbetrag wird ausschließlich für die drei GOP 01410, 01413 und 01415 zur Verfügung gestellt. Der feste Stützungsbetrag wird zusätzlich zu den finanziellen Mitteln zur Verfügung gestellt, die in jedem Quartal des Jahres 2011 für die jeweilige GOP (01410, 01413, 01415) zur Verfügung standen. Die Aufteilung des jeweiligen Stützungsbetrages auf die einzelnen Kassen erfolgt auf Basis des Quartals I/2011 für I/2012; II/2011 für II/2012; III/2011 für 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 Gesamtbereinigungsbetrag beträgt **2.878.025,33 Euro**. Die Aufteilung dieses Bereinigungsbetrags auf die einzelnen Kassen erfolgt gemäß dem Anteil der jeweiligen Kasse am abgerechneten Punktzahlvolumen für diese Leistungen.

3.4. Soweit zwischen den Krankenkassen und der KVH Vereinbarungen zur Bereinigung der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Selektivverträgen nach § 73b, 73c, 140a ff. SGB V geschlossen sind, wird die MGV nach Maßgabe dieser Verträge bereinigt.

3.5. Die rubrizierenden Verbände der Krankenkassen liefern die für die Berechnung der vorhersehbaren quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie für die Berechnung der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erforderlichen Versichertenzahlen entsprechend des dazu vom BA gefassten Beschlusses und den diesbezüglichen Folge-Beschlüssen. (Der BA hat in seiner 154. Sitzung in Teil B Ziffer IV die Meldung der Versichertenzahlen beschlossen. Dieser Beschluss wurde zuletzt durch den 169., 185., 199., 263. sowie dem 277. Beschluss geändert bzw. ergänzt.)

3.6. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4 dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V sowie gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V ist für das Jahr 2012 gemäß § 87d Abs. 2 Satz 4 SGB V ausgeschlossen. Insbesondere kann keine Nachschusspflicht aus Regelungen zur Honorarverteilung resultieren.

3.7. Die KVH übermittelt die Berechnung der kassenspezifischen vorhersehbaren quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen gemäß Anlage 2a zu dieser Vereinbarung jeweils 9 Wochen vor Quartalsbeginn an die zur Entgegennahme der kassenseitigen Abrechnung berechtigten Stellen. Mit Übermittlung der Berechnung beginnt eine Ausschlussfrist von 3 Wochen, binnen derer die Krankenkassen die Berechnungen beanstanden können.

Im Falle einer Beanstandung ist die Höhe der vorhersehbaren quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zwischen KVH und der Krankenkasse unverzüglich einvernehmlich festzustellen. Kommt eine einvernehmliche Feststellung binnen der vorgenannten Frist nicht zustande, gilt die von der KVH mitgeteilte vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung allein zum Zwecke der Berechnung der Honorarverteilung.

Die kassenspezifischen quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen werden unabhängig davon nach Anlage 2b zu dieser Vereinbarung bei Rechnungslegung berechnet und den Kassen mitgeteilt.

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

3.9. Der Beschluss des BA in seiner 266. Sitzung zur Änderung der Beschlüsse in der 238. Sitzung, der 242. Sitzung und der 246. Sitzung wird - soweit noch nicht erfolgt - umgesetzt. Eine ggf. notwendige Verfahrensregelung wird zwischen den Vertragsparteien getroffen.

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

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

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

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

4.3. Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

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

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

4.6. Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

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

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

4.9. Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:

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

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

- 4.10. Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den GOP 01950 bis 01952,
- 4.11. Excisionen beim Hautkrebsscreening nach den GOP 10343 und 10344,
- 4.12. Leistungen der Schmerztherapie nach Abschnitt 30.7.1. gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V,
- 4.13. Ärztliche Betreuungsleistungen bei Dialyse gemäß GOP 13602, 13610, 13611, 13612, 13620 und 13621 einschließlich der Sachkosten nach den GOP 40800 bis 40822,
- 4.14. Kostenpauschalen nach den GOP 40870 und 40872 für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen,
- 4.15. Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nach der GOP 13622 einschließlich der Sachkosten,
- 4.16. Kostenpauschalen nach den GOP 01425 und 01426 zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Die Rechnungslegung der Gebührenordnungspositionen 01425 und 01426 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 406, Ebene 6,
- 4.17. Spezialisierte Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922 und 30924,
- 4.18. unbesetzt
- 4.19. unbesetzt
- 4.20. Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882,
- 4.21. unbesetzt
- 4.22. Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger nach den GOP 01955 und 01956 des Abschnittes 1.8 im EBM,
- 4.23. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Neugeborenen-Hörscreening) nach den GOP 01704, 01705 und 01706 des Abschnittes 1.7.1 im EBM,
- 4.24. Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung nach der GOP 01833 des Abschnittes 1.7.5 im EBM,
- 4.25. Leistungen und Kosten im Rahmen der Balneophototherapie nach der GOP 10350 des Abschnittes 10.3 des EBM.
- 4.26. Ab dem 01. April 2012 Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem 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 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 Hautkrebsscreening [GOP 10343, 10344 soweit diese im Zusammenhang mit den GOP 01745, 01746 erbracht wurden],
 - schmerztherapeutische Leistungen gem. Ziffer 4.12
 - Balneophototherapie gemäß Bereinigungsregelung für Ziffer 4.25 in Ziffer 3.1.3.

- 1.1. Leistungen ohne Leistungssegment
- 1.2. Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall
inkl. Anpassungsfaktor 1,1018
- 1.3. Laborärztliche Grundpauschale inkl.
Anpassungsfaktor 0,6407
- 1.4. Akupunktur inkl. Anpassungsfaktor 1,1733
- 1.5. Polysomnographie inkl. Anpassungsfaktor 1,2063
- 1.6. MRT-Angiographie inkl. Anpassungsfaktor 1,1706
- 1.7. Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie inkl. Anpassungsfaktor 1,2944

Summe 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. 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 MGV gemäß der Beschlüsse des (E)BA und der honorarvertraglichen Regelung 2012 in Hamburg:

VKNR: Kasse: Vertragszeitraum: Ausgangszeitraum:

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

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

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

- Excisionen beim Hautkrebsscreening [GOP 10343, 10344 soweit diese im Zusammenhang mit den GOP 01745, 01746 erbracht wurden],

- schmerztherapeutische Leistungen gem. Ziffer 4.12

- Balneophototherapie gemäß Bereinigungsregelung für Ziffer 4.25 in Ziffer 3.1.3.

1.1. Leistungen ohne Leistungssegment

1.2. Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall

inkl. Anpassungsfaktor 1,1018

1.3. Laborärztliche Grundpauschale inkl.

Anpassungsfaktor 0,6407

1.4. Akupunktur inkl. Anpassungsfaktor 1,1733

1.5. Polysomnographie inkl. Anpassungsfaktor 1,2063

1.6. MRT-Angiographie inkl. Anpassungsfaktor 1,1706

1.7. Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der

Psychotherapie inkl. Anpassungsfaktor 1,2944

Summe MGV Leistungsbedarf in Punkten

2. Anwendung HVV-Quote Hamburg 0,8826:

Ergebnis 1. x 0,8826

3. Multiplikation Nr. 2 mit Veränderungsrate 2008/2009:
(Beschluss Teil B Ziffer 1.6 EBA 2.9.09)

Ergebnis 2. x 1,0510

4. Multiplikation Nr. 3 mit Veränderungsrate 2009/2010:
(Beschluss Teil B Ziff. 2.3.3 EBA 2.9.09)

Ergebnis 3. x 1,016616

5. Multiplikation Nr. 4 mit Steigerungsrate 2009/2010
(Beschluss Teil B Ziff. 3.3 EBA 2.9.09)

Ergebnis 4. x 1,003357

5.1 Multiplikation Nr. 5 mit der Steigerungsrate 2011:

Ergebnis 5. x 1,0125

5.2. Multiplikation Nr. 5.1 mit der Steigerungsrate 2012:

Ergebnis 5.1. x 1,0125

6. Versichertenzahl des Ausgangszeitraumes lt. Satzart ANZVER87c4

7. Leistungsbedarf je Versicherten:

Ergebnis 5.2/ 6.

8. tatsächliche Versichertenzahl des Vertragszeitraumes laut
Satzart ANZVER87c4 (z. B. I/2012 für I/2012)

9. morbiditätsbedingter Leistungsbedarf in Punkten:

Ergebnis 7. x 8.

9.1. Ab II. Quartal 2012 Abzug von 1,82 Punkten geteilt durch 4 (0,455 Punkte je Quartal) je GKV-
Versicherten auf Grund Ziffer 4.26 (MRSA)

10. vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
bewertet zum OPW 3,5048 Cent:

Ergebnis 9. x 0,035048 EUR

11. Erhöhung um den quartalsbezogenen Stützungsbetrag
für Leistungen nach der GOP 01410, 01413 und 01415
entsprechend Ziffer 3.3 Absatz 1

12. Minderung um den quartalsbezogenen Bereinigungsbetrag
für die Sachkosten der Strahlentherapie entsprechend
Ziffer 3.3 Absatz 2

13. Minderung um den quartalsbezogenen Bereinigungsbetrag
für die ärztlichen Betreuungsleistungen der Dialyse entsprechend (Ziffer 4.13) entsprechend
Ziffer 3.3. Absatz 3

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

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).

10,2083 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 KAS-SRG87aMGV_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.~~ X für 2013

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).

3.4. 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.

3.5. 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.

3.6. 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).

3.7. 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 Versichertenanzahl 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 vom gleichen Arzt für den gleichen Patienten am gleichen Tag abrechnet werden.

hoch. Maß-
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 10,6173 Cent.

10,2190

10,6173

8

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 ein 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 Pfl egetag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pfl egetage.

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

8. Rechnungslegung

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

	= 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 MGV 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: KAS-SRG87aMGV_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 Honorarvereinbarung 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

Zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg)**

und

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

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird folgende

Honorarvereinbarung 2014 i. d. F. des 5. Nachtrages ab 1. Oktober 2014

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitliche vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2014“ 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 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) wird rückwirkend für das Jahr 2014 neu festgesetzt auf 10,3239 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 0,1939 Cent (1,914 %) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 10,1300 Cent als Orientierungswert.

Zur Ermittlung des vorgenannten Punktwertzuschlages wird der in Anlage 3 der Honorarvereinbarung 2014 beschriebene Rechenweg angewendet.

Die sich aus der Absenkung des vorläufig geführten regionalen Punktwertes (10,3410 Cent; siehe Ziffer 2. der Honorarvereinbarung 2014 i. d. F. vom 27.11.2013) um 0,0171 Cent für die Quartale I bis IV des Jahres 2014 ergebenden Rückzahlungsbeträge sind jeweils gesondert im entsprechenden Quartal I bis IV/2018 im Formblatt 3 in KV-spezifischen Vorgängen auszuweisen und mit der jeweiligen Schlussrechnung für die Quartale I – IV/2018 zu erstatten.

Die quartalszugehörige Korrektur (im Folgenden beispielhaft dargestellt für das 1. Quartal) erfolgt mit den Vorgängen 060-067:

Bezeichnungen:

- Vorgang 060 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2014 MGV
- Vorgang 061 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2014 EGV
- Vorgang 062 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2015 MGV
- Vorgang 063 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2015 EGV
- Vorgang 064 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2016 MGV
- Vorgang 065 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2016 EGV
- Vorgang 066 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2017 MGV
- Vorgang 067 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2017 EGV

Eine Saldierung der jeweiligen Beträge im Rechnungsbrief für die jeweilige Schlussrechnung des Quartals I bis IV/2018 ist zulässig.

Die Fälligkeit der Rückzahlungsbeträge tritt zum Zeitpunkt der Fälligkeit der jeweiligen Forderungen aus der jeweiligen Schlussrechnung für die Quartale I bis IV/2018 ein.

Die KV Hamburg wird eine Korrektur der Vergütungen von bereichsfremden Versicherten der KVH gegenüber den jeweiligen Wohnort-KVen im Rahmen der Richtlinie über den Fremdkassenzahlungsausgleich vornehmen.

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

3. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des nach Maßgabe der nachstehenden Ziffern 3.1. bis 3.7. sowie den Vorgaben und Empfehlungen des BA-Beschlusses (314. Sitzung) ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals und dem Punktwert nach Nr. 2. Die Berechnung erfolgt für jedes Quartal des Jahres 2014 getrennt.

3.1. Ausgangspunkt für die Berechnung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs ist die Feststellung des insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV Hamburg für das Vorjahresquartal vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß Ziffer 2.2.1.1 des 314. Beschlusses des BA.

Im 1., 2. und 3. Quartal 2014 wird der für das Vorjahresquartal vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf zur Umsetzung des 304. BA-Beschlusses (Ziffer IV) mit dem Faktor 0,35363 multipliziert.

3.2. Zur Berücksichtigung der im Vergleich mit den Vorjahresquartalen geänderten Abgrenzung morbiditätsbedingter von extrabudgetärer Gesamtvergütung ist der nach Ziffer 3.1. festgestellte, bereinigte Behandlungsbedarf gemäß den Vorgaben des BA-Beschlusses (314. Sitzung, Ziffer 2.2.1.2) anzupassen.

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

1. Leistungen nach den GOP 01510, 01511, 01512 EBM gem. 4.29. dieser Vereinbarung (tagesklinischen Betreuungsleistungen, sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden) soweit diese nicht bereits in 2013 (Ziffer 3.2. Nr. 4 der festgesetzten Honorarvereinbarung 2013) abgezogen worden sind.

2. Leistungen nach den GOP 01411 und 01412 gem. Ziffer 4.27. dieser Vereinbarung

3. Bis 30.06.2014:

Leistungen gemäß Ziffer 4.13. („Nephrologie und Dialyse“), soweit die Leistungen im Vorjahresquartal Bestandteil der MGV waren. Abweichend von Ziffer 2.2.1.2 des BA-Beschlusses (314. Sitzung am 29.08.2013, 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. Die GOPs 04000, 04010, 04040 und 04230 haben die bisherigen Versichertenpauschalen 04110, 04111, 04112, 04120, 04121 und 04122 ersetzt. Bereinigt werden daher die Leistungsmengen der ursprünglichen Pauschalen.

Im 1., 2. und 3. Quartal 2014 werden die Brutto-Punktmengen zur Umsetzung des 304. BA-Beschlusses (Ziffer IV) mit dem Faktor 0,35363 multipliziert.

3.3. Der gemäß Ziffer 3.1. festgestellte und gemäß Ziffer 3.2. angepasste Behandlungsbedarf wird gemäß Ziffer 2.2.2 des BA-Beschlusses (314. Sitzung) unter Berücksichtigung der Prüfergebnisse nach § 106a SGB V auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt. Dabei wird sichergestellt, dass die dort in Bezug genommenen ARZTRG87aKA-Daten des Vorjahresquartals entsprechend der geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Abrechnungsquartal angepasst werden. Dabei wird ferner sichergestellt, dass die Berücksichtigung der sich aus kassenseitigen Prüfanträgen ergebenden Korrekturen die insgesamt über alle Kassen zu zahlende MGW nicht verändert.

3.4. Der so auf die Kassen aufgeteilte Behandlungsbedarf ist anschließend gemäß Ziffer 2.2.3 des BA-Beschlusses (314. Sitzung) 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 gemäß Ziffer 2.2.4 des BA-Beschlusses (314. Sitzung) fortzuentwickeln:

1. Berücksichtigung der Morbiditätsveränderung gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gem. des BA-Beschlusses (315. Sitzung am 25.09.2013). Dabei erfolgt die Gewichtung der gemäß BA-Beschluss berechneten Veränderungsdaten zu einem Drittel anhand der Demografie ($0,1747 \% \times 1/3 = 0,0582 \%$) und zu zwei Dritteln anhand der Diagnosen ($1,2534 \% \times 2/3 = 0,8356 \%$). Der Aufsatzwert wird damit um **0,8938 %** erhöht.
2. Zur Stärkung der hausärztlichen und fachärztlichen Grundversorgung wird gemäß Ziffer 4 des EBA-Beschlusses (37. Sitzung vom 25.09.2013) sowie gemäß BA-Beschluss (319. Sitzung vom 18.12.2013) der Aufsatzwert um **0,6013 %** erhöht.

3.6. Im 1. und 2. Quartal 2014 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.

3.7. Für Neueinschreiber in bzw. Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen erfolgt eine Differenzbereinigung gemäß Ziffer 3 des BA-Beschlusses (314. Sitzung, Teil B). Es sind zwingend die Regelungen gesonderter Bereinigungsvereinbarungen zwischen der Krankenkasse und der KV Hamburg zu berücksichtigen. Hierbei ist der Beschluss des BA (304. Sitzung) zu berücksichtigen („Währungsreform“).

3.8. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4 dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht kann ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V unter zwingender Beachtung der Empfehlungen des BA-Beschlusses gem. § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 (312. Sitzung am 14. August 2013) begründet werden. Insoweit eine Nachschusspflicht nach § 87a Abs. 3 S. 4 SGB V besteht, werden die diese betreffende Regelungen in Nr. 8. dieses Vertrages verortet. Insbesondere kann keine Nachschusspflicht aus Regelungen zur Honorarverteilung resultieren.

3.9. Für den Fall von Kassenfusionen vereinbaren die Vertragspartner, dass soweit zwischen den jeweiligen Gesamtvertragspartnern nicht etwas anderes vereinbart ist, der kassenspezifische Anteil gemäß Ziffer 3.3. der Summe der Anteile der fusionierten Krankenkassen entspricht.

3.10. Der Beschluss des BA in seiner 314. Sitzung (Teil B - Bereinigungsbeschluss) 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 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,

4.3. Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

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

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

4.6. Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

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

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

4.9. Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:

01510 X, 01511 X, 01512 X, 02100 X, 02341 X, 05310 X, 05330 X, 05340 X, 05341 X, 05350 X, 08510 X, 08530 X, 08531 X, 08540 X bis 08542 X, 08550 bis 08552 X, 08560 X, 08561 X, 08570 X bis 08574 X, 11311 X, 11312 X, 11320 X bis 11322 X, 11330 X bis 11334 X, 11351 X, 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. Leistungen der Abschnitte 4.5.4 EBM (pädiatrische Nephrologie und Dialyse) und 13.3.6 (Nephrologie und Dialyse) EBM sowie die pädiatrischen Versichertenpauschalen 04000, 04010, 04040 und 04230 EBM, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden; einschließlich der leistungsbezogenen Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlungen mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren des Abschnitts 40.14 EBM,
- 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. Leistungen nach den GOP 30930 bis 30935 (neuropsychologische Therapie),
- 4.19. Leistungen nach den GOP 32821 und 32822 (genotypische Untersuchungen auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus),
- 4.20. Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882,
- 4.21. Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger nach den GOP 01955 und 01956 des Abschnittes 1.8. im EBM,
- 4.22. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Neugeborenen-Hörscreening) nach den GOP 01704, 01705 und 01706 des Abschnittes 1.7.1 im EBM,
- 4.23. Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung nach der GOP 01833 des Abschnittes 1.7.5 im EBM,
- 4.24. Leistungen und Kosten im Rahmen der Balneophototherapie nach der GOP 10350 des Abschnittes 10.3 des EBM,
- 4.25. ab 01.04.2014 Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach den GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956,
- 4.26. Leistungen des Kapitels 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150) der in § 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen, („Psychotherapie“)

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

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

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

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

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

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

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

4.31. Leistung gemäß GOP 34601 (Osteodensitometrische Untersuchung II)

4.32. ab dem 01.07.2014 Leistungen gemäß den GOP 04528, 04529, 13425 und 13426 (Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms),

4.33. ab dem 01.10.2014 Leistungen gemäß den GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 (intravitreale Medikamenteneingabe).

5. Für Leistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.2 und 1.7.4 des EBM exklusive der Leistungen nach den Ziffern 4.4., 4.5. und 4.22. dieses Vertrages wird ein Zuschlag in Höhe von 0,5037 Cent auf den regionalen Punktwert nach Nr. 2 gezahlt.

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

6.1. Für jeden Besuch nach den GOP 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, 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 re-

gionalen EUR-Gebührenordnung sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in § 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

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

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

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

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

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

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.

- a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitchaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.

Die Krankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.

Der Belegarzt hat - ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers - gegenüber der KVV 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 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 morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (höchstzulässige Obergrenze), Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß dieser Honorarvereinbarung und gesonderten vertraglichen Regelungen sowie durchlaufende Posten ein.

8.2. Mit Wirkung für das 4. Quartal 2014 wird der abgestimmte und geeinte Behandlungsbedarf 4/2014 infolge der Umsetzung des 362. BA (NVA-Beschluss 2013) mit dem Prozentsatz von 0,0331 % nicht basiswirksam erhöht.

Der sich daraus ergebende kassenspezifische Nachzahlungsbetrag für das Quartal 4/2014 wird im Quartal 3/2018 im Formblatt 3 Vorgangsposition 091 ausgewiesen und mit der Schlussrechnung für das Quartal 3/2018 angefordert.

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

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

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

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

Hamburg, den 27.11.2013

Anlage 1

zur Honorarvereinbarung 2014

**Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbe-
reich Hamburg**

wird noch ausgeführt

Anlage 2

zur Honorarvereinbarung 2014

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß Beschluss des BA (314. Sitzung) und der honorarvertraglichen Regelung 2014 in Hamburg

1.	Vereinbarter bereinigter Leistungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im entsprechenden Quartal 2013 (Satzart: KASSRG87aMGV_SUM) Bis 30.09.2014: zusätzlich multipliziert mit 0,35363
----	---

Anpassung aufgrund geänderter MGV-Abgrenzung zum Vorjahresquartal

2.	Anpassung auf geänderte MGV/EGV-Abgrenzung: Leistungsbedarf nach Ziffer 3.2 Nr. 1 bis 3 Bis 30.09.2014: zusätzlich multipliziert mit 0,35363
3.	Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 - 2

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

		a) GKV-weit	b) Einzelkasse
4.	Abgerechnete Leistungsmenge im entsprechenden Quartal 2013 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
5.	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106a SGB V		
6.	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 2 genannten Leistungen im entsprechenden Quartal 2013 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
7.	Leistungsmenge NVI im entsprechenden Quartal 2013 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aNVI_SUM bzw. _IK)		
8.	Anpassung um die Leistungsmenge NVI für die in Nr. 2 genannten Leistungen im entsprechenden Quartal 2013 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aNVI_SUM bzw. _IK)		

9.	Angepasste Leistungsmenge in Punkten = 4 - 5 - 6 - 7 + 8		
10.	Kassenspezifischer Anteil am GKV- Leistungsbedarf in Prozent = 9b / 9a		
11.	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = 3 * 10		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

12.	Anpassung Versichertenzahl: = 11 / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des entspr. Quartals 2013) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a des entspr. Quartals 2014)	
13.	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 12 + [(durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten im entsprechenden Quartal 2013 gemäß 2.2.3, 314. BA) * (ANZVER87a im entsprechenden Quartal 2014 - ANZVER87a im entsprechenden Quartal 2013)]	
14.	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate: = 13 * 1,008938	

15.	Anpassung um Veränderungsrate zur Stärkung der hausärztlichen Grundversorgung und der fachärztlichen Grundversorgung gemäß 37. (E)BA bzw. 319. BA = $14 * 1,006013$
16.	Bis zum 30.06.2014: Ermittlung des Betrages zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung gemäß 3.6.: $421.932 / 0,103410 / 4$ * (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2014 der Einzelkasse) / (ANZVER87a des entsprechenden Quartals 2014 aller Kassen)
17.	Berücksichtigung des Anpassungsbetrags zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung: = $15 + 16$
18.	Berücksichtigung der Differenzbereinigung gemäß Ziffer 3.7. der Honorarvereinbarung unter Berücksichtigung des 304. BA-Beschlusses
19.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: = $(17 + 18) * 0,103410$ = Kassenspezifische MGV in Euro

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2014

Rechenweg des regionalen Punktwertzuschlags gem. Nr. 2 der Honorarvereinbarung 2014 (nach Dau, 2013; lt. BSG-Urteil 2017)

- basierend auf drei volkswirtschaftliche Indikatoren
 - Arbeitnehmerentgelt je Arbeitnehmer₁
 - Arbeitnehmerentgelt je geleisteter Arbeitsstunde₂
 - Bruttoinlandsprodukt je Einwohner₃
- es sind jeweils die Werte des (Vor-)vorjahres anzusetzen;
- als allgemein zugängliche Quelle dient das Gemeinsame Datenangebot der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder → <http://www.vgrdl.de/VGRdL/> (für die Berechnung des regionalen Punktwertzuschlages des Jahres 2014 wird abschließend der Berechnungsstand: August 2017 / Februar 2018 verwendet. Spätere Korrekturen der verwendeten Berechnungsgrundlagen durch die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder bleiben unberücksichtigt.)
- im Folgenden werden die Ergebnisse der Berechnungsschritte 1. bis 5. sowie 7. in Prozent [%] und die Ergebnisse der Berechnungsschritte 6.1 bis 6.3 in EuroCent [cent] ausgewiesen

1. Prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

je volkswirtschaftlicher Indikator_{1,2,3} gilt: $a_{1,2,3} = ((\text{Wert_HH} / \text{Wert_Bund}) * 100) - 100$

2. Durchschnittliche, prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

arithmetisches Mittel der prozentualen Abweichungen $a_{1,2,3}$: $\bar{a} = 1/3 * (a_1 + a_2 + a_3)$

3. Schätzung der prozentualen Abweichung arztpraxisrelevanter Kosten $b_{\text{Praxiskosten}}$ in Hamburg vgl. zum Bund

auf Grundlage der durchschnittlichen, prozentualen Abweichung $\bar{a}$ (HH vs. Bund) der volkswirtschaftlichen Indikatoren gilt: $b_{\text{Praxiskosten}} = (\bar{a} / 2) - 1 \%$

1. Schätzung des prozentualen Honorarzuschlags $c_{\text{Personal/Miete}}$ zum Ausgleich höherer Praxiskosten in Hamburg vgl. zum Bund

$b_{\text{Praxiskosten}}$ gilt mindestens für den Kostenblock Personal & Miete, für den ein Arzt etwa 30 % der Praxiskosten aufbringt, daher gilt: $c_{\text{Personal/Miete}} = b_{\text{Praxiskosten}} * 30 \%$

5. Anpassung des Zuschlags $c_{\text{Personal/Miete}}$ aufgrund der betriebswirtschaftlichen Attraktivität Hamburgs

Begrenzung des prozentualen Zuschlags um 1/3 der Schätzung:

$$c_{\text{Personal/Miete}}^{**} = c_{\text{Personal/Miete}} - (c_{\text{Personal/Miete}} / 3)$$

6. Anpassung des Zuschlags unter Berücksichtigung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr

6.1 Berechnung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr

$$d_{\text{OPW_Differenz}} [\text{cent}] = \text{OPW}_{\text{aktuell}} [\text{cent}] - \text{OPW}_{\text{Vorjahr}} [\text{cent}]$$

6.2 Berechnung des Zuschlags basierend auf $\text{OPW}_{\text{Vorjahr}}$:

$$e_{\text{Zuschlag_OPW Vorjahr}} [\text{cent}] = \text{OPW}_{\text{Vorjahr}} [\text{cent}] * c_{\text{Personal/Miete}}^{**}$$

6.3 Berechnung des aktuellen Zuschlags abzüglich der Steigerung des OPWs zum Vorjahr

$$f_{\text{Zuschlag-OPWSteigerung}} [\text{cent}] = e_{\text{Zuschlag_OPW Vorjahr}} [\text{cent}] - d_{\text{OPW_Differenz}} [\text{cent}]$$

7. Berechnung des prozentualen, regionalen Punktwertzuschlags x

$$x = (f_{\text{Zuschlag-OPWSteigerung}} [\text{cent}] / \text{OPW}_{\text{aktuell}} [\text{cent}]) * 100$$

Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2014

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

2. 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.

3. 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.

4. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Festsetzung des regionalen Punktwertes für 2013 durch den Schiedsspruch des Landesschiedsamtes in seiner Sitzung am 15.08.2013 in Bezug auf den festgesetzten Zuschlag von 2,083 % unter dem Aktenzeichen L 1 KA 68/13 KL Gegenstand einer Klage vor dem Landessozialgericht Hamburg ist.

Vor diesem Hintergrund steht der Zuschlag für 2014 in Ziffer 2. dieser Vereinbarung unter Vorbehalt.

Soweit nach bestandskräftiger Entscheidung des Rechtsstreits durch die Vertragspartner oder das Landesschiedsamt rechtskräftig andere Festsetzungen für 2013 getroffen werden, werden diese inhaltsgleich auch für das Jahr 2014 umgesetzt.

5. Die Vertragspartner stimmen darüber hinaus darin überein, dass die Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106a SGB V bei der Festsetzung durch das Landesschiedsamt in 2013 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 für 2013 und der vom BA in seiner 314. Sitzung 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 für vergangene Abrechnungszeiträume 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 Punktzahlvolu-

men gekürzt. Diese 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. Das Nähere ist in der Anlage 2 dieser Vereinbarung geregelt.

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.

6. 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 314. BA (1.) sowie die Abstimmung sonstiger, insbesondere der Datengrundlagen für die sog. ARZTRG87a-Dateien nach Ziffer 2.2.2 des 314. BA (2.) vom Ausgang eines Rechtsstreits abhängig ist, wie folgt verfahren werden soll:

1. Feststellung des Behandlungsbedarfs (Ziffer 2.2.1.1 314. 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 314. BA

Besteht Streit über sonstige Datengrundlagen und/oder die konkret festzusetzenden Werte zur Bestimmung der MGV 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.

7. Die Vertragspartner stimmen letztlich auch darin überein, dass die Regelungen zur Berücksichtigung der Morbiditätsveränderung in Ziffer 3.5. Nr. 1 dieser Vereinbarung vor dem Hintergrund der durch das Landesschiedsamt in seiner Sitzung am 15.08.2013 festgesetzten Gewichtung für 2014 fortgeschrieben werden.

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 Land-**
wirtschaftliche Krankenkasse (LKK),
der **IKK classic,**
der **Knappschaft,**
den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Hamburg**

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird folgende

Honorarvereinbarung 2015 **i. d. F. des 2. Nachtrages ab 1. Januar 2015**

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitlich vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2015“ 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 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) wird rückwirkend für das Jahr 2015 neu festgesetzt auf 10,4713 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 0,1995 Cent (1,942 %) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 10,2718 Cent als Orientierungswert.

Zur Ermittlung des vorgenannten Punktwertzuschlages wird der in Anlage 3 der Honorarvereinbarung 2015 beschriebene Rechenweg angewendet.

Die sich aus der Absenkung des vorläufig geführten regionalen Punktwertes (10,4858 Cent; siehe Ziffer 2. der Honorarvereinbarung 2015 i.d.F. vom 02.10.2014) um 0,0145 Cent für die Quartale I bis IV des Jahres 2015 ergebenden Rückzahlungsbeträge sind jeweils gesondert im entsprechenden Quartal I bis IV/ 2018 im Formblatt 3 in KV-spezifischen Vorgängen auszuweisen und mit der jeweiligen Schlussrechnung für die Quartale I – IV/2018 zu erstatten.

Die quartalszugehörige Korrektur (im Folgenden beispielhaft dargestellt für das 1. Quartal) erfolgt mit den Vorgängen 060-067:

Bezeichnungen:

- Vorgang 060 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2014 MG
- Vorgang 061 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2014 EG
- Vorgang 062 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2015 MG
- Vorgang 063 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2015 EG
- Vorgang 064 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2016 MG
- Vorgang 065 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2016 EG
- Vorgang 066 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2017 MG
- Vorgang 067 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2017 EG

Eine Saldierung der jeweiligen Beträge im Rechnungsbrief für die jeweilige Schlussrechnung des Quartals I bis IV/2018 ist zulässig.

Die Fälligkeit der Rückzahlungsbeträge tritt zum Zeitpunkt der Fälligkeit der jeweiligen Forderungen aus der jeweiligen Schlussrechnung für die Quartale I bis IV/2018 ein.

Die KV Hamburg wird eine Korrektur der Vergütungen von bereichsfremden Versicherten der KVH gegenüber den jeweiligen Wohnort-KVen im Rahmen der Richtlinie über den Fremdkassenzahlungsausgleich vornehmen.

2.1. Verspätet eingereichte Behandlungsausweise werden dem Quartal des Zeitpunktes der Einreichung zugerechnet, mit den Behandlungsausweisen des Abrechnungsquartals zu-

sammengeführt 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 3.7. sowie den Vorgaben und Empfehlungen der BA-Beschlüsse (333. Sitzung Beschluss Teil A und 339. Sitzung Beschluss Teil D) ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals und dem Punktwert nach Nr. 2. Die Berechnung erfolgt für jedes Quartal des Jahres 2015 getrennt.

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

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

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

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

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

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

3.5. Der so auf die Kassen aufgeteilte Behandlungsbedarf ist anschließend gemäß Ziffer 2.2.3 des BA-Beschlusses (333. Sitzung Beschluss Teil A) zur Berücksichtigung der Änderungen in der Versichertenanzahl einschließlich der damit einhergehenden Anpassung aufgrund der Bereinigungsmenge je Versicherten anzupassen. Die Berücksichtigung der in der

Datenlieferung ANZVER87c4 bzw. ANZVER87a ausgewiesenen Personengruppen erfolgt dabei analog zu den Vorjahren. Anderslautende bilaterale Absprachen der Krankenkasse mit der KV Hamburg bleiben unberührt.

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

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

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

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

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

3.8. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4. dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht kann ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V unter zwingender Beachtung der Empfehlungen des BA-Beschlusses gem. § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 (333. Sitzung am 20. August 2014) begründet werden. Insbesondere kann keine Nachschusspflicht aus Regelungen zur Honorarverteilung resultieren.

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

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

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

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

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

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

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

Die Rechnungslegung der Förderung erfolgt mit einfachem Rechnungsbrief als Summenposition.

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

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

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

4.3. Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

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

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

4.6. Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

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

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

4.9. mit Wirkung ab dem 01.10.2015 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, 08510 X, 08530, 08530 X, 08531, 08531 X, 08540 - 08542, 08540 X bis 08542 X, 08550 – 08552, 08550 X bis 08552 X, 08560, 08560 X, 08561, 08561 X, 08570 – 08574, 08570 X bis 08574 X, 11311 X, 11312 X, 11320 X bis 11322 X, 11320 Z bis 11322 Z, 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 vorstehende und ggf. nach Maßgabe der KVH gekennzeichnete, nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung zur Auszahlung gelangende Leistungsbedarf der betreffenden Leistungen im Formblatt 3 wird mit einem Anteil von 50 % des berechneten Leistungsbedarfs ausgewiesen,

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

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

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

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

4.14. unbesetzt

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

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

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

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

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

4.20. Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 4.31. Leistung gemäß GOP 34601 (Osteodensitometrische Untersuchung II),
- 4.32. Leistungen gemäß den GOP 04528, 04529, 13425 und 13426 (Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms),
- 4.33. Leistungen gemäß den GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 (intravitreale Medikamenteneingabe),
- 4.34. Leistungen gemäß den GOP 03060, 03062 und 03063 („Förderung von Leistungen und Strukturen im hausärztlichen Versorgungsbereich“),
- 4.35. Leistungen gemäß den GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222 und 27222 („Förderung von Leistungen und Strukturen im fachärztlichen Versorgungsbereich“),
- 4.36. Leistungen gemäß der GOP 04356 („Förderung von Leistungen und Strukturen im hausärztlichen Versorgungsbereich“),
- 4.37. Ab dem 1. April 2015 die Kostenpauschale nach der GOP 40582 („Sachkosten im Zusammenhang mit der Radionuklidtherapie bei Verwendung von Radium-223-dichlorid“).
5. Für Leistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.2 und 1.7.4 des EBM exklusive der Leistungen nach den Ziffern 4.4., 4.5. und 4.22. dieses Vertrages wird ein Zuschlag in Höhe von 0,3536 Cent auf den regionalen Punktwert nach Nr. 2. gezahlt.
6. Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:
- 6.1. Für jeden Besuch nach den GOP Nrn. 01410, 01411, 01412, 01721, 01415 oder 01418 sowie für die erste Visite nach der Nr. Gebührenordnungsposition 01414 genannten Einrichtungen sowie einmal zu Leistungen nach GOP 05230 eine Wegepauschale nach Wegebereichen und Besuchszeiten in folgender Höhe:
- a) Pauschale für Besuche nach GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

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

6,62 EUR (Abrechnungsnummer: 97235);
 - c) Pauschale für Besuche nach GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

9,66 EUR (Abrechnungsnummer: 97236);

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

6,62 EUR (Abrechnungsnummer: 97237);

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

10,29 EUR (Abrechnungsnummer: 97238);

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

13,86 EUR (Abrechnungsnummer: 97239);

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

11,24 EUR (Abrechnungsnummer: 97160);

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

15,54 EUR (Abrechnungsnummer: 97161).

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

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

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

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

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten:

- a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitchaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.

Die Krankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.

Der Belegarzt hat – ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers – gegenüber der KVV 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 KVV stellt eine Rechnungslegung entsprechend der Regelungen dieses Vertrages sicher. In die Rechnung fließen die kassenindividuelle morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (höchstzulässige Obergrenze), Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß dieser Honorarvereinbarung und gesonderten vertraglichen Regelungen sowie durchlaufende Posten ein.

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

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

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

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

Hamburg, den 02.10.2014

Anlage 1

zur Honorarvereinbarung 2015

**Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbe-
reich Hamburg**

wird noch ausgeführt

Anlage 2

zur Honorarvereinbarung 2015

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

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

Anpassung aufgrund geänderter MGv-Abgrenzung zum Vorjahresquartal

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

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

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

	$= 4 - 5 - 6 - 7 + 8$		
10.	Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf in Prozent $= 9b / 9a$		
11.	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten $= 3 * 10$		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

12.	Anpassung Versichertenzahl: $= 11$ / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des entspr. Quartals 2014) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a des entspr. Quartals 2015)
13.	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: $= 12$ + [(durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten im entsprechenden Quartal 2014 gemäß 2.2.3, 314. BA) * (ANZVER87a im entsprechenden Quartal 2015 - ANZVER87a im entsprechenden Quartal 2014)]
14.	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate (3.6. Nr. 1): $= 13 + [13 * 0,0454 \%]$ (Schieberegler)
15.	Anpassung um weitere Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (3.6. Nr. 2): $= 14 + [13 * 0,0277 \%]$
16.	derzeit nicht besetzt
17.	derzeit nicht besetzt
18.	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen gemäß Ziffer 3.7. der Honorarvereinbarung (negativ oder positiv)
19.	Berücksichtigung der Umsetzung des Beschlusses aus der 328. Sitzung des BA zur nachträglichen Bereinigung aufgrund der ASV für das 2. bis 4. Quartal 2014 im entsprechenden Quartal des Jahres 2015 (nicht basiswirksam) gem. 333. BA Teil A Ziffer 2.2.4 Der KV-spezifische Prozentsatz gem. Ziffer 2.2.1.3, Satz 2 (333. BA Teil A) ist mit dem kassenspezifischen Aufsatzwert gem. Ziffer 2.2.3 (333. BA Teil A) zu multiplizieren. $= 13 \times \text{KV-spezifischer Prozentsatz}$

20.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: = (15+/- 18-19)*0,104858 = Kassenspezifische MGv in Euro

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2015

Rechenweg des regionalen Punktwertzuschlags gem. Nr. 2 der Honorarvereinbarung 2015 (nach Dau, 2013; lt. BSG-Urteil 2017)

- basierend auf drei volkswirtschaftliche Indikatoren
 - Arbeitnehmerentgelt je Arbeitnehmer₁
 - Arbeitnehmerentgelt je geleisteter Arbeitsstunde₂
 - Bruttoinlandsprodukt je Einwohner₃
- es sind jeweils die Werte des (Vor-)vorjahres anzusetzen;
- als allgemein zugängliche Quelle dient das Gemeinsame Datenangebot der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder → <http://www.vgrdl.de/VGRdL/> (für die Berechnung des regionalen Punktwertzuschlags des Jahres 2015 wird abschließend der Berechnungsstand: August 2017 / Februar 2018 verwendet. Spätere Korrekturen der verwendeten Berechnungsgrundlagen durch die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder bleiben unberücksichtigt.)
- im Folgenden werden die Ergebnisse der Berechnungsschritte 1. bis 5. sowie 7. in Prozent [%] und die Ergebnisse der Berechnungsschritte 6.1 bis 6.3 in EuroCent [cent] ausgewiesen

1. Prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

je volkswirtschaftlicher Indikator_{1,2,3} gilt: $a_{1,2,3} = ((\text{Wert_HH} / \text{Wert_Bund}) * 100) - 100$

2. Durchschnittliche, prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

arithmetisches Mittel der prozentualen Abweichungen $a_{1,2,3}$: $\bar{a} = 1/3 * (a_1 + a_2 + a_3)$

3. Schätzung der prozentualen Abweichung arztpraxisrelevanter Kosten $b_{\text{Praxiskosten}}$ in Hamburg vgl. zum Bund

auf Grundlage der durchschnittlichen, prozentualen Abweichung $\bar{a}$ (HH vs. Bund) der volkswirtschaftlichen Indikatoren gilt: $b_{\text{Praxiskosten}} = (\bar{a} / 2) - 1 \%$

2. Schätzung des prozentualen Honorarzuschlags $c_{\text{Personal/Miete}}$ zum Ausgleich höherer Praxiskosten in Hamburg vgl. zum Bund

$b_{\text{Praxiskosten}}$ gilt mindestens für den Kostenblock Personal & Miete, für den ein Arzt etwa 30 % der Praxiskosten aufbringt, daher gilt: $c_{\text{Personal/Miete}} = b_{\text{Praxiskosten}} * 30 \%$

5. Anpassung des Zuschlags $c_{\text{Personal/Miete}}$ aufgrund der betriebswirtschaftlichen Attraktivität Hamburgs

Begrenzung des prozentualen Zuschlags um 1/3 der Schätzung:

$$c_{\text{Personal/Miete}}^{**} = c_{\text{Personal/Miete}} - (c_{\text{Personal/Miete}} / 3)$$

6. Anpassung des Zuschlags unter Berücksichtigung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr

6.1 Berechnung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr

$$d_{\text{OPW_Differenz}} [\text{cent}] = \text{OPW}_{\text{aktuell}} [\text{cent}] - \text{OPW}_{\text{Vorjahr}} [\text{cent}]$$

6.2 Berechnung des Zuschlags basierend auf $\text{OPW}_{\text{Vorjahr}}$:

$$e_{\text{Zuschlag_OPW Vorjahr}} [\text{cent}] = \text{OPW}_{\text{Vorjahr}} [\text{cent}] * c_{\text{Personal/Miete}}^{**}$$

6.3 Berechnung des aktuellen Zuschlags abzüglich der Steigerung des OPWs zum Vorjahr

$$f_{\text{Zuschlag-OPWSteigerung}} [\text{cent}] = e_{\text{Zuschlag_OPW Vorjahr}} [\text{cent}] - d_{\text{OPW_Differenz}} [\text{cent}]$$

7. Berechnung des prozentualen, regionalen Punktwertzuschlags x

$$x = (f_{\text{Zuschlag-OPWSteigerung}} [\text{cent}] / \text{OPW}_{\text{aktuell}} [\text{cent}]) * 100$$

Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2015

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

2. 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.

3. unbesetzt

4. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Festsetzung des regionalen Punktwertes für 2013 durch den Schiedsspruch des Landesschiedsamtes in seiner Sitzung am 15.08.2013 in Bezug auf den festgesetzten Zuschlag von 2,083 % unter dem Aktenzeichen L 5 KA 68/13 KL Gegenstand einer Klage vor dem Landessozialgericht Hamburg ist.

Vor diesem Hintergrund steht der Zuschlag für 2015 in Ziffer 2. dieser Vereinbarung unter Vorbehalt.

Soweit nach bestandskräftiger Entscheidung des Rechtsstreits durch die Vertragspartner oder das Landesschiedsamt rechtskräftig andere Festsetzungen für 2013 getroffen werden, werden diese inhaltsgleich auch für das Jahr 2015 umgesetzt.

5. Sind Falschabrechnungen von Leistungen innerhalb der MGV für vergangene Abrechnungszeiträume 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. Diese 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. Das Nähere ist in der Anlage 2 dieser Vereinbarung geregelt.

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

6. 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 333. BA Beschluss Teil A (1.) sowie die Abstimmung sonstiger, insbesondere der Datengrundlagen für die sog. ARZTRG87a-Dateien nach Ziffer 2.2.2. des 333. BA Beschluss Teil A (2.) vom Ausgang eines Rechtsstreits abhängig ist, wie folgt verfahren werden soll:

1. Feststellung des Behandlungsbedarfs (Ziffer 2.2.1.1 333. BA Beschluss Teil A)

Besteht Streit über die Höhe des konkret für die jeweilige Krankenkassen anzusetzenden Wertes können die KV Hamburg und die kassenspezifischen Gesamtver-

tragspartner 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 333. BA Beschluss Teil A

Besteht Streit über sonstige Datengrundlagen und/oder die konkret festzusetzenden Werte zur Bestimmung der MGV 2015 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.

7. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Festsetzung der Gewichtung der Veränderungsraten anhand der Demografie (1/3) und anhand der Diagnosen (2/3) für 2013 durch den Schiedsspruch des Landesschiedsammtes in seiner Sitzung am 15.08.2013 nicht zum Gegenstand der unter dem Aktenzeichen L 1 KA 68/13 KL vor dem Landessozialgericht Hamburg geführten Klage gemacht wird bzw. sofern dies bereits geschehen ist, nicht weiter verfolgt wird.

Die rubrizierenden Krankenkassen/-verbände erklären vor diesem Hintergrund unbedingt und vorbehaltlos in Bezug auf die vorgenannte Festsetzung des Landesschiedsammtes den Klageverzicht bzw. den Verzicht auf eine entsprechende Klageerweiterung für den gesamten Instanzenzug.

Die Vertragspartner stimmen ferner darin überein, dass auch

- die einvernehmlich getroffene Fortschreibung der Gewichtungen für 2013 mit Wirkung für das Jahr 2014 (Ziffer 3.5. Nr. 1 der Honorarvereinbarung 2014) und die
- für 2015 einvernehmlich getroffene Gewichtung (Ziffer 3.6. Nr. 1 der Honorarvereinbarung 2015)

unveränderbar sind und nicht zum Gegenstand von Rechtsstreitigkeiten gemacht werden.

Mit der Regelung zu Ziffer 3.6. Nr. 1 der Honorarvereinbarung 2015 haben die Vertragspartner das Urteil des Bundessozialgerichts vom 13.08.2014 in der Sache B 6 KA 6/14 R - AOK Sachsen-Anhalt u.a. ./ Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung des Landes Sachsen-Anhalt gem. § 89 SGB V - für die KV-Region Hamburg umgesetzt.

Vor diesem Hintergrund stellen die Vertragspartner für die Jahre 2013, 2014 und 2015 fest, dass auch etwaige Rückabwicklungen in Bezug auf die Gewichtung der Veränderungsraten ausgeschlossen sind.

Zwischen

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

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird folgende

Honorarvereinbarung 2016

i. d. F. des 4. Nachtrages vom 1. Januar 2016

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitlich vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2016“ 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. Regionale Gebührenordnung

Ambulante ärztliche Leistungen werden, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, nach der regionalen EUR-Gebührenordnung gemäß § 87a Absatz 2 Satz 5 SGB V (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) vergütet. Dies gilt auch für ambulante ärztliche Leistungen von Krankenhäusern in Notfällen.

2. Regionaler Punktwert

Der Punktwert zur Berechnung der regionalen EUR-Gebührenordnung (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) wird rückwirkend für das Jahr 2016 neu festgesetzt auf 10,6073 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 0,1712 Cent (1,640 %) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 10,4361 Cent als Orientierungswert.

Zur Ermittlung des vorgenannten Punktwertzuschlages wird der in Anlage 3 der Honorarvereinbarung 2016 beschriebene Rechenweg angewendet.

Die sich aus der Absenkung des vorläufig geführten regionalen Punktwertes (10,6535 Cent; siehe Ziffer 2. der Honorarvereinbarung 2016 i. d. F. vom 25.04.2016) um 0,0462 Cent für die Quartale I bis IV des Jahres 2016 ergebenden Rückzahlungsbeträge sind jeweils gesondert im entsprechenden Quartal I bis IV/2018 im Formblatt 3 in KV-spezifischen Vorgängen auszuweisen und mit der jeweiligen Schlussrechnung für die Quartale I - IV/2018 zu erstatten.

Die quartalszugehörige Korrektur (im Folgenden beispielhaft dargestellt für das 1. Quartal) erfolgt mit den Vorgängen 060-067:

Bezeichnungen:

- Vorgang 060 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2014 MG
- Vorgang 061 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2014 EG
- Vorgang 062 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2015 MG
- Vorgang 063 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2015 EG
- Vorgang 064 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2016 MG
- Vorgang 065 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2016 EG
- Vorgang 066 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2017 MG
- Vorgang 067 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2017 EG

Eine Saldierung der jeweiligen Beträge im Rechnungsbrief für die jeweilige Schlussrechnung des Quartals I bis IV/2018 ist zulässig.

Die Fälligkeit der Rückzahlungsbeträge tritt zum Zeitpunkt der Fälligkeit der jeweiligen Forderungen aus der jeweiligen Schlussrechnung für die Quartale I bis IV/2018 ein.

Die KV Hamburg wird eine Korrektur der Vergütungen von bereichsfremden Versicherten der KVH gegenüber den jeweiligen Wohnort-KVen im Rahmen der Richtlinie über den Fremdkassenzahlungsausgleich vornehmen.

3. Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des nach Maßgabe der nachstehenden Ziffern 3.1. bis 3.10. sowie den Vorgaben und Empfehlungen der BA-Beschlüsse (333. Sitzung unbefristeter Beschluss Teil A, angepasst durch den 379. BA und entsprechende Folgebeschlüsse) ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals und dem Punktwert nach Nr. 2. Die Berechnung erfolgt für jedes Quartal des Jahres 2016 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 basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß Ziffer 2.2.1.1 des 333. Beschlusses Teil A des BA angepasst durch den 379. BA und entsprechende Folgebeschlüsse.

3.2.

(1) Zur Berücksichtigung der im Vergleich mit den Vorjahresquartalen geänderten Abgrenzung morbiditätsbedingter von extrabudgetärer Gesamtvergütung ist der nach Ziffer 3.1. festgestellte, bereinigte Behandlungsbedarf gemäß den Vorgaben des BA-Beschlusses (333. Sitzung Beschluss Teil A (angepasst durch den 379. BA und entsprechende Folgebeschlüsse), Ziffer 2.2.1.2 i. V. m. 360. BA v. 19.08.2015 (Abgrenzungsbeschluss)) anzupassen.

(2) Von dem nach Ziffer 3.1. festgestellten, bereinigten Behandlungsbedarf sind danach die Punktmengen folgender Leistungsbereiche abzuziehen:

1. Leistungen nach der Ziffer 4.39. („Leistungen der Rheumatologie nach den GOP 13690 bis 13692“). Dabei wird die KV-spezifische Abstaffelungsquote gemäß 333. BA (angepasst durch den 379. BA und entsprechende Folgebeschlüsse) Ziffer 2.2.1.2 berechnet.
2. Leistungen nach Ziffer 4.38. („Zuschläge zur Onkologievereinbarung“) werden anteilig basiswirksam bereinigt. Hierzu werden die Abrechnungshäufigkeiten des Vorjahresquartals für die GOP 86510 und 86512 in den Fällen herangezogen, in denen sie von Fachärzten für Urologie oder Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die an der „Onkologie-Vereinbarung“ teilnehmen, abgerechnet werden. Diese Abrechnungshäufigkeiten werden mit der Punktzahl von 191 Punkten bewertet und mit einer Abstaffelungsquote von 0,5 multipliziert.
3. Mit Wirkung ab dem 01.04.2016 Leistungen nach der Ziffer 4.41. („Verordnung von Sozialtherapie“, GOP 30800, 30810, 30811). Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird abweichend vom 333. BA (angepasst durch den 379. BA und entsprechende Folgebeschlüsse) Ziffer 2.2.1.2 auf 1,0 festgesetzt.

(3) Zur Berücksichtigung der Empfehlung des 378. BA in seiner Sitzung vom 10.08.2016 zur Finanzierung der Höherbewertung der GOP 34291 zum 01.10.2016 wird die Nr. 4 des vorgenannten Beschlusses wie folgt umgesetzt:

1. Die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird im Zeitraum vom 4. Quartal 2016 bis zum 3. Quartal 2017 um den Mehrbedarf von 92 Punkten für jede tatsächlich in der Satzart ARZTRG87aKA_IK des entsprechenden Vorjahresquartals enthaltene GOP 34291 erhöht.
2. Die in diesem Absatz geregelten Bestimmungen werden in die Honorarvereinbarung 2017 aufgenommen.

3.3. Im Anschluss daran erfolgt gemäß Ziffer 2.2.1.3 des BA-Beschlusses (333. Sitzung Beschluss Teil A angepasst durch den 379. BA und entsprechende Folgebeschlüsse) für das

jeweilige aktuelle Abrechnungsquartal der Abzug von Bereinigungsbeträgen aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V von dem festgestellten, bereinigten Behandlungsbedarf gem. Ziffer 3.2. dieser Vereinbarung.

3.4. Sofern Kassen gemäß 360. BA und 363. BA jeweils in der Fassung des 369. BA vom 15.12.2015 gem. Ziffer 4.7 auf eine Bereinigung verzichten, wird der gemäß Ziffer 3.3. der Honorarvereinbarung festgestellte Behandlungsbedarf gem. Ziffer 4.7 Nr. 7 des vorgenannten Beschlusses um die Summe der voraussichtlichen Bereinigungsvolumina aller betroffenen Kassen vermindert.

3.5.

(1) Der gemäß Ziffer 3.1. festgestellte und gemäß Ziffer 3.2. bis 3.4. angepasste Behandlungsbedarf wird gemäß Ziffer 2.2.2 des BA-Beschlusses (333. Sitzung Beschluss Teil A angepasst durch den 379. BA und entsprechende Folgebeschlüsse) unter Berücksichtigung der Prüfergebnisse nach § 106a SGB V auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt. Dabei wird sichergestellt, dass die dort in Bezug genommenen ARZTRG87aKA-Daten des Vorjahresquartals entsprechend der geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Abrechnungsquartal angepasst werden.

(2) Dabei wird ferner sichergestellt, dass die Berücksichtigung der sich aus kassenseitigen Prüfanträgen ergebenden Korrekturen die insgesamt über alle Kassen zu zahlende MGV nicht verändert.

(3) Der aufgeteilte Behandlungsbedarf wird für jede betroffene Krankenkasse gemäß 360. BA und 363. BA jeweils in der Fassung des 369. BA vom 15.12.2015 gem. Ziffer 4.7 Nr. 7 des vorgenannten Beschlusses um die voraussichtlichen Bereinigungsvolumina der jeweiligen Kasse erhöht. Die Summe der Erhöhung darf maximal dem Abzug in Ziffer 3.4. entsprechen.

(4) Es erfolgt eine basiswirksame Anhebung des Behandlungsbedarfs im gesamten Jahr 2016 aufgrund der Aufhebung des Investitionskostenabschlags durch den 388. BA in Verbindung mit dem 382. BA, geändert durch den 384. BA, für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von insgesamt 8.072.000 Punkten. Diese Anhebung wird gleichmäßig auf die vier Quartale des Jahres 2016 verteilt (2.018.000 Punkte je Quartal). Hierzu wird der gemäß Ziffer 3.5 Abs. 1 bis 3 auf die einzelne Krankenkasse aufgeteilte Behandlungsbedarf in jedem Quartal um den kassenspezifischen Anteil an 2.018.000 Punkten erhöht. Der kassenspezifische Anteil im jeweiligen Quartal berechnet sich aus der Division von Feld 05 (LB_EURO_GO) durch Feld 06 (Summe der LB_EURO_GO) der Datenlieferung nach Satzart AST_KRHS_C des jeweiligen Quartals für das jeweilige Abrechnungs-IK der Krankenkasse.

3.6. Der so auf die Kassen aufgeteilte Behandlungsbedarf ist anschließend gemäß Ziffer 2.2.3 des BA-Beschlusses (333. Sitzung Beschluss Teil A angepasst durch den 379. BA und entsprechende Folgebeschlüsse) zur Berücksichtigung der Änderungen in der Versichertenanzahl einschließlich der damit einhergehenden Anpassung aufgrund der Bereinigungsmenge je Versicherten anzupassen. Die Berücksichtigung der in der Datenlieferung ANZVER87a ausgewiesenen Personengruppen erfolgt dabei in Anwendung der für die jeweilige Krankenkasse zutreffenden gesamtvertraglichen Regelung.

3.7. Der kassenspezifische Behandlungsbedarf gemäß Ziffer 3.6. wird aufgrund der Höherbewertung der antragspflichtigen Psychotherapieleistungen durch den 43. (E)BA Teil A reduziert. Die kassenspezifisch abzuziehenden Punktmengen werden quartalsbezogen nach den Vorgaben des 43. BA Teil B berechnet. Sie werden für jede Kasse und jedes Quartal in getrennten kassenartenspezifischen Protokollnotizen festgehalten. Die einvernehmlich festgestellte Punktmenge beträgt GKV-weit insgesamt 22.223.981,4 Punkte. Im 1. bis 4. Quartal 2016 sind zudem die Änderungen des 380. BA-Beschlusses zu berücksichtigen. Hierzu sind die o. g. Punktmenge bzw. die Punktmengen in den kassenartenspezifischen Protokollnoti-

zen im 1. bis 4. Quartal 2016 wie folgt anzupassen: Die genannten Werte werden durch die bei der Berechnung verwendete Versichertenzahl 2015 dividiert und mit der Versichertenzahl 2016 multipliziert. Die Abstimmung der angepassten Punktmengen erfolgt im Rahmen der MGV-Abstimmung für das betreffende Quartal. Nach Abschluss aller Anpassungen wird die KVH die angepasste Punktsumme für die GKV den Vertragspartnern nachrichtlich mitteilen.

3.8. In den Quartalen 3/2016 bis 2/2017 wird der kassenspezifische Behandlungsbedarf gemäß Ziffer 3.7. aufgrund der Überarbeitung der humangenetischen Leistungen durch den Beschluss des BA in seiner 372. Sitzung am 11.03.2016 basiswirksam abgesenkt. Hierzu wird in jedem Quartal die Summe von 418.809 Euro durch Division durch den regionalen Punktwert gemäß Ziffer 2. in Punkte umgerechnet, anhand der Versichertenzahlen gemäß Ziffer 3.6. auf die einzelnen Kassen aufgeteilt und kassenspezifisch in Abzug gebracht.

3.9. Der so kassenspezifisch ermittelte Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal ist wie folgt gemäß Ziffer 2.2.4 der BA-Beschlüsse (333. Sitzung Beschluss Teil A angepasst durch den 379. BA und entsprechende Folgebeschlüsse) fortzuentwickeln:

- Berücksichtigung der Morbiditätsveränderung gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gemäß dem BA-Beschluss (359. BA am 12.08.2015). Dabei erfolgt die Gewichtung der gemäß BA-Beschluss berechneten Veränderungsraten zu 50 % anhand der Demografie ($0,0078 \% \times 50 \% = 0,0039 \%$) und zu 50 % anhand der Diagnosen ($2,1607 \% \times 50 \% = 1,0804 \%$). Der Aufsatzwert wird damit um 1,0843 % erhöht.

3.10.

(1) Für Neueinschreiber in bzw. Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen erfolgt eine Differenzbereinigung gemäß dem 360. BA vom 19.08.15 (Bereinigungsbeschluss) in Verbindung mit dem 369. BA (Sitzung am 15.12.2015). Es sind außer in den Fällen der Absätze 2 und 3 zwingend die Regelungen gesonderter Bereinigungsvereinbarungen zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der KV Hamburg zu berücksichtigen.

(2) In Fällen der KV-übergreifenden Bereinigung gemäß dem 360. BA Ziffer 4.5, in denen die Krankenkasse oder der für sie zuständige Partner der Gesamtverträge verlangt, dass das geltende Bereinigungsverfahren der Vertrags-KV umgesetzt wird, sind die hierzu getroffenen verbindlichen Vorgaben des 360. BA und etwaiger Folgebeschlüsse einzuhalten und anzuwenden.

(3) Das gleiche gilt für Fälle, in denen Krankenkassen gemäß dem 360. BA in Verbindung mit dem 369. BA (Sitzung am 15.12.2015) Ziffer 4.7 in Verbindung mit dem 363. BA (schriftliche Beschlussfassung) in Verbindung mit dem 369. BA (Sitzung am 15.12.2015) auf eine Bereinigung verzichten können.

3.11. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4. dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht kann ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V unter zwingender Beachtung der Empfehlungen des BA-Beschlusses gem. § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 (333. Sitzung am 20. August 2014) begründet werden. Insbesondere kann keine Nachschusspflicht aus Regelungen zur Honorarverteilung resultieren.

3.12. Für den Fall von Kassenfusionen vereinbaren die Vertragspartner, dass soweit zwischen den jeweiligen Gesamtvertragspartnern nicht etwas anderes vereinbart ist, der kassenspezifische Anteil gemäß Ziffer 3.5. der Summe der Anteile der fusionierten Krankenkassen entspricht.

3.13.

(1) Die Vertragspartner vereinbaren eine nicht basiswirksame Förderungssumme in Höhe von insgesamt 7 Mio. EUR. Hierbei sind diese von den Krankenkassen extrabudgetär zur Verfügung gestellten Mittel

- in Höhe von 3 Mio. EUR für die Förderung der Behandlung chronischer Patienten nach den GOP 03220 und 04220 EBM,
- in Höhe von 500.000 EUR für die Förderung der sozialpädiatrisch orientierten eingehenden Beratung nach der GOP 04355 EBM und
- in Höhe von 3,5 Mio. EUR für die Förderung der Erbringung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) nach dem EBM. (GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13644, 13694, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 21225, 22216, 23216, 26220, 27220 EBM)

zu verwenden.

(2) Zur kassenseitigen Umsetzung dieser Förderung werden die o. g. Einzelbeträge gleichmäßig auf die vier Quartale 2016 aufgeteilt. Die quartalsbezogenen Einzelbeträge werden anhand der kassenindividuellen Inanspruchnahme der o. g. geförderten Leistungen im Vorjahresquartal (gemäß ARZTRG87aKA_IK-Datensätzen) auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt.

(3) Die Rechnungslegung der Förderung erfolgt mit einfachem Rechnungsbrief als Summenpositionen getrennt nach den o. g. Förderbereichen.

4. Extrabudgetär vergütete Leistungen

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

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

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

4.3. Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

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

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

4.6. Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

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

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

4.9. mit Wirkung ab dem 01.01.2016 Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP: 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08540-08542, 08540X bis 08542X, 08550 bis 08552, 08550X bis 08552X, 08560, 08560X, 08561, 08561X, 08570 - 08574, 08570X bis 08574X, 11311X, 11312X, 11320X bis 11322X, 11320Z bis 11322Z, 11330X bis 11334X, 11351X, 11352X, 11354X, 11360X, 11361X, 11370X bis 11372X, 11380X, 11390X, 11391X, 11395X, 11396X, 11400X, 11401X, 11403X, 11404X, 11410X bis 11412X, 11420X bis

11422X, 11430X bis 11434X, 11440X bis 11443X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X, 36822X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den GOP 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32660X, 32781X, 32614X und 32618X.

Der vorstehende und ggf. nach Maßgabe der KVV 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.

Mit Wirkung ab dem 01.07.2016 Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:

01510X bis 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08540 bis 08542, 08540X bis 08542X, 08550 bis 08552, 08550X bis 08552X, 08560, 08560X, 08561, 08561X, 08570 bis 08574, 08570X bis 08574X, 11301X, 11302X, 11351X, 11352X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X und 36822X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X und 32781X.

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

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

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

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

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

4.14. unbesetzt,

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

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

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

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

- 4.19. Leistungen nach den GOP 32821 und 32822 (genotypische Untersuchungen auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus),
- 4.20. Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882,
- 4.21. Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger nach den GOP 01955 und 01956 des Abschnittes 1.8 im EBM,
- 4.22. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Neugeborenen-Hörscreening) nach den GOP 01704, 01705 und 01706 des Abschnittes 1.7.1 im EBM,
- 4.23. Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung nach der GOP 01833 des Abschnittes 1.7.5 im EBM,
- 4.24. Leistungen und Kosten im Rahmen der Balneophototherapie nach der GOP 10350 des Abschnittes 10.3 des EBM,
- 4.25. Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach den GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956,
- 4.26. Leistungen des Kapitels 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150) der in § 87b Absatz 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen, („Psychotherapie“),
- 4.27. Leistungen nach den GOP 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 und 01418 (Haus- und Heimbesuche),
- 4.28. Leistungen nach den GOP 01776, 01777 und 01812 EBM (Screening auf Gestationsdiabetes),
- 4.29.
- (1) Von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachte Hämato-/Onkologischen Zusatzpauschalen (GOP 13500 bis 13502), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachten Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 08345), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie von Fachärzten für Urologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachte Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 26315 EBM), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111 EBM) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512 EBM), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden.
- (2) Die genannten Leistungen werden zur Abgrenzung gegenüber den von anderen Arztgruppen erbrachten Leistungen, die innerhalb der MGV verbleiben, nach Maßgabe der KV Hamburg gekennzeichnet,

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

4.31. Leistung gemäß GOP 34601 (Osteodensitometrische Untersuchung II),

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

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

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

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

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

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

4.38.

(1) die GOP 99345 und 99315 als Zuschlag auf die GOP 86510 oder 86512 nach der „Onkologie-Vereinbarung“.

(2) Die GOP 99345 kann nur von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe abgerechnet werden, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der „Onkologie-Vereinbarung“ verfügen. Die Leistungsinhalte, Abrechnungsbestimmungen und Abrechnungsausschlüsse der GOP 08345 EBM gelten ebenso für die GOP 99345.

(3) Die GOP 99315 kann nur von Fachärzten für Urologie abgerechnet werden, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der „Onkologie-Vereinbarung“ verfügen. Die Leistungsinhalte, Abrechnungsbestimmungen und Abrechnungsausschlüsse der GOP 26315 EBM gelten ebenso für die GOP 99315.

(4) Die GOP 99345 und 99315 werden jeweils mit einer Punktzahl von 191 Punkten bewertet. Den Vertragspartnern ist bewusst, dass sich die Höhe der vorstehenden Bewertung aus der Bewertung der GOP 08345 bzw. 26315 EBM ergibt und zukünftige Änderungen dieser EBM-Bewertung entsprechende Anpassungen des Zuschlags zur Folge haben,

4.39. Leistungen der Rheumatologie nach den GOP 13690 bis 13692,

4.40. Leistungen nach den GOP des Abschnitts 34.7 EBM sowie die Kostenpauschale 40584 („Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)“),

4.41. mit Wirkung ab dem 1. April 2016 Leistungen nach den GOP 30800, 30810 und 30811 („Verordnung von Soziotherapie“),

4.42. mit Wirkung ab dem 1. Juli 2016 Leistungen nach den GOP 30980, 30981, 30984, 30985, 30986 und 30988 („spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung gemäß § 118a SGB V“),

4.43. mit Wirkung ab dem 1. Juli 2016 Leistungen nach den GOP 11449 und 11514 EBM sowie den Abschnitten 19.4.2 und 19.4.4 EBM („humangenetische Leistungen“),

4.44. mit Wirkung ab dem 01.07.2016 Leistungen nach den GOP 38200 und 38205 („Delegationsfähige Leistungen“),

4.45. mit Wirkung ab 01.07.2016 Leistungen nach den GOP 37100, 37102, 37105, 37113 und 37120 („ärztliche Kooperations- und Koordinationsleistungen nach § 119b Abs. 2 SGB V“),

4.46. mit Wirkung ab dem 01.07.2016 Leistungen nach den GOP 11304, 19406, 32865 und 32911 („Humangenetische Leistungen“),

4.47. mit Wirkung ab dem 01.10.2016 die Kostenpauschale nach der GOP 40306 („Kosten im Zusammenhang mit der Qesü-RL für Perkutane Koronarinterventionen [PCI] und Koronarangiographien“).

4.48. mit Wirkung ab dem 01.10.2016 Leistungen nach den GOP 01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701 („Medikationsplan“)

5. Zuschläge auf besonders förderungswürdige Leistungen

Für Leistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.2 und 1.7.4 des EBM exklusive der Leistungen nach den Ziffern 4.4., 4.5. und 4.22. dieses Vertrages wird ein Zuschlag in Höhe von 0,2203 Cent auf den regionalen Punktwert nach Nr. 2 gezahlt.

6. Wegepauschalen

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

6.1. Für jeden Besuch nach den GOP 01410, 01411, 01412, 01721, 01415 oder 01418 sowie für die erste Visite nach der GOP 01414 genannten Einrichtungen sowie einmal zu Leistungen nach der GOP 05230 eine Wegepauschale nach Wegebereichen und Besuchszeiten in folgender Höhe:

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

3,53 EUR (Abrechnungsnummer: 97234);

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

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97235);

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

10,14 EUR (Abrechnungsnummer: 97236);

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

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97237);

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

10,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97238);

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

14,55 EUR (Abrechnungsnummer: 97239);

- g) Pauschale für einen Besuch nach den 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:

11,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97160);

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

16,32 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 gem. der Verträge über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen vom 13.03.2006 in der jeweils gültigen Fassung zu zahlenden Pauschalbetrag. Dies gilt nicht für Leistungen, die von Vertragsärzten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten sowie bei gegenseitiger Vertretung erbracht werden.

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

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

7. Belegärztliche Leistungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten:

- a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitchaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.

Die Krankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.

Der Belegarzt hat - ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers - gegenüber der KVV 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 Pflgetag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflgetage.

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

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

9. Sachlich-rechnerische Berichtigungen

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

10. Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V

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

11. Kostenerstattung

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

12. Verspätet eingereichte Behandlungsausweise

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

13. Sonstiges

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

Hamburg, den 25.04.2016

Anlage 1

zur Honorarvereinbarung 2016

**Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbe-
reich Hamburg**

wird noch ausgeführt

Anlage 2

zur Honorarvereinbarung 2016

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß Beschluss des BA (333. Sitzung (angepasst durch den 379. BA und entsprechende Folgebeschlüsse)) und der honorarvertraglichen Regelung 2016 in Hamburg

1.	Vereinbarter bereinigter Leistungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im entsprechenden Quartal 2015 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	Anpassung auf geänderte MGV/EGV-Abgrenzung: Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.2. Absatz 1 - 2 der Honorarvereinbarung
2a.	Anpassung aufgrund Ziffer 3.2. Absatz 3 der Honorarvereinbarung
3.	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung 2016 (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.3. der Honorarvereinbarung
4.	Abzug Summe der voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.4. der Honorarvereinbarung
5.	Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten $= 1 - 2 + 2a \pm 3 - 4$

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

		a) GKV-weit	b) Einzelkasse
6.	Abgerechnete Leistungsmenge im entsprechenden Quartal 2015 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4 der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen 2) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen 1), werden nachträglich hinzuaddiert.		
7.	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106a SGB V		

8.	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 2 genannten Leistungen im entsprechenden Quartal 2015 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
9.	Angepasste Leistungsmenge in Punkten $= 6 - 7 - 8$		
10.	Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf in Prozent $= 9b / 9a$		
11.	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten $= 5 * 10$		
12.	Hinzuaddieren des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinungsverzicht gemäß Ziffer 3.5. der Honorarvereinbarung		
12a	Durchführung der basiswirksamen Anhebung der kassenspezifischen Behandlungsbedarfe im Jahr 2016 gemäß Ziffer 3.5. Absatz 4 der Honorarvereinbarung (Aufhebung des Investitionskostenabschlags) Je Quartal $= (\frac{1}{4} \times 8.072.000 \text{ Punkte}) * (\text{Feld 05 der Satzart AST_KRHS_C je IK}) / (\text{Feld 06 der Satzart AST_KRHS_C})$		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

13.	Anpassung Versichertenzahl: $= (11 + 12 + 12a)$ / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des entspr. Quartals 2015) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a des entspr. Quartals 2016)
14.	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: $= 13$ + [(durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten im entsprechenden Quartal 2015 gem. 2.2.3 333. BA (angepasst durch den 379. BA und entsprechende Folgebeschlüsse)) * (ANZVER87a im entsprechenden Quartal 2016 - ANZVER87a im entsprechenden Quartal 2015)]
15.	Abzug der kassenspezifisch ermittelten Beträge gem. Ziffer 3.7. der Honorarvereinbarung (Psychotherapie-Nachbereinigung)

	= 14 - Punktmenge Psychotherapie-Nachbereinigung
16.	Ab 01.07.2016: Abzug aufgrund der Überarbeitung der humangenetischen Leistungen gemäß Ziffer 3.8. der Honorarvereinbarung = 15 – Punktmenge Absenkung
17.	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate (gem. Ziffer 3.9. der Honorarvereinbarung): = $16 + (16 \cdot 1,0843\%)$
18.	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen gemäß Ziffer 3.10. der Honorarvereinbarung (negativ oder positiv)
19.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert gem. Ziffer 2. der Honorarvereinbarung: = $(17 \pm 18) \cdot 0,106535$ = Kassenspezifische MGK in Euro

Um nachträgliche Korrekturen des jeweiligen Formblatts 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGK vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGK-Berechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2016

Rechenweg des regionalen Punktwertzuschlags gem. Nr. 2 der Honorarvereinbarung 2016 (nach Dau, 2013; lt. BSG-Urteil 2017)

- basierend auf drei volkswirtschaftliche Indikatoren
 - Arbeitnehmerentgelt je Arbeitnehmer₁
 - Arbeitnehmerentgelt je geleisteter Arbeitsstunde₂
 - Bruttoinlandsprodukt je Einwohner₃
- es sind jeweils die Werte des (Vor-)vorjahres anzusetzen;
- als allgemein zugängliche Quelle dient das Gemeinsame Datenangebot der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder → <http://www.vgrdl.de/VGRdL/> (für die Berechnung des regionalen Punktwertzuschlags des Jahres 2016 wird abschließend der Berechnungsstand: August 2017 / Februar 2018 verwendet. Spätere Korrekturen der verwendeten Berechnungsgrundlagen durch die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder bleiben unberücksichtigt.)
- im Folgenden werden die Ergebnisse der Berechnungsschritte 1. bis 5. sowie 7. in Prozent [%] und die Ergebnisse der Berechnungsschritte 6.1 bis 6.3 in EuroCent [cent] ausgewiesen

1. Prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

je volkswirtschaftlicher Indikator_{1,2,3} gilt: $a_{1,2,3} = ((\text{Wert_HH} / \text{Wert_Bund}) * 100) - 100$

2. Durchschnittliche, prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

arithmetisches Mittel der prozentualen Abweichungen $a_{1,2,3}$: $\bar{a} = 1/3 * (a_1 + a_2 + a_3)$

3. Schätzung der prozentualen Abweichung arztpraxisrelevanter Kosten $b_{\text{Praxiskosten}}$ in Hamburg vgl. zum Bund

auf Grundlage der durchschnittlichen, prozentualen Abweichung $\bar{a}$ (HH vs. Bund) der volkswirtschaftlichen Indikatoren gilt: $b_{\text{Praxiskosten}} = (\bar{a} / 2) - 1 \%$

3. Schätzung des prozentualen Honorarzuschlags $c_{\text{Personal/Miete}}$ zum Ausgleich höherer Praxiskosten in Hamburg vgl. zum Bund

$b_{\text{Praxiskosten}}$ gilt mindestens für den Kostenblock Personal & Miete, für den ein Arzt etwa 30 % der Praxiskosten aufbringt, daher gilt: $c_{\text{Personal/Miete}} = b_{\text{Praxiskosten}} * 30 \%$

5. Anpassung des Zuschlags $c_{\text{Personal/Miete}}$ aufgrund der betriebswirtschaftlichen Attraktivität Hamburgs

Begrenzung des prozentualen Zuschlags um 1/3 der Schätzung:

$$c_{\text{Personal/Miete}}^{**} = c_{\text{Personal/Miete}} - (c_{\text{Personal/Miete}} / 3)$$

6. Anpassung des Zuschlags unter Berücksichtigung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr

6.1 Berechnung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr

$$d_{\text{OPW_Differenz}} [\text{cent}] = \text{OPW}_{\text{aktuell}} [\text{cent}] - \text{OPW}_{\text{Vorjahr}} [\text{cent}]$$

6.2 Berechnung des Zuschlags basierend auf $\text{OPW}_{\text{Vorjahr}}$:

$$e_{\text{Zuschlag_OPW Vorjahr}} [\text{cent}] = \text{OPW}_{\text{Vorjahr}} [\text{cent}] * c_{\text{Personal/Miete}}^{**}$$

6.3 Berechnung des aktuellen Zuschlags abzüglich der Steigerung des OPWs zum Vorjahr

$$f_{\text{Zuschlag-OPWSteigerung}} [\text{cent}] = e_{\text{Zuschlag_OPW Vorjahr}} [\text{cent}] - d_{\text{OPW_Differenz}} [\text{cent}]$$

7. Berechnung des prozentualen, regionalen Punktwertzuschlags x

$$x = (f_{\text{Zuschlag-OPWSteigerung}} [\text{cent}] / \text{OPW}_{\text{aktuell}} [\text{cent}]) * 100$$

Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2016

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

2. 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.

3. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Festsetzung des regionalen Punktwertes für 2013 durch den Schiedsspruch des Landesschiedsamtes in seiner Sitzung am 15.08.2013 in Bezug auf den festgesetzten Zuschlag von 2,083 % unter dem Aktenzeichen B 6 KA 5/16 R Gegenstand einer Klage vor dem Bundessozialgericht ist.

Vor diesem Hintergrund steht der Zuschlag für 2016 in Ziffer 2. dieser Vereinbarung unter Vorbehalt.

Soweit nach bestandskräftiger Entscheidung des Rechtsstreits durch die Vertragspartner oder das Landesschiedsamt rechtskräftig andere Festsetzungen für 2013 getroffen werden, werden diese inhaltsgleich auch für das Jahr 2016 umgesetzt.

4. Sind Falschabrechnungen von Leistungen innerhalb der MGV für vergangene Abrechnungszeiträume 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. Diese 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. Das Nähere ist in der Anlage 2 dieser Vereinbarung geregelt.

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

5. 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 333. BA Beschluss Teil A (1.) sowie die Abstimmung sonstiger, insbesondere der Datengrundlagen für die sog. ARZTRG87a-Dateien nach Ziffer 2.2.2 des 333. BA Beschluss Teil A (2.) vom Ausgang eines Rechtsstreits abhängig ist, wie folgt verfahren werden soll:

1. Feststellung des Behandlungsbedarfs (Ziffer 2.2.1.1 333. BA Beschluss Teil A)

Besteht Streit über die Höhe des konkret für die jeweilige Krankenkasse anzusetzenden Wertes, können die KVH 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 Maßga-

be 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 333. BA Beschluss Teil A

Besteht Streit über sonstige Datengrundlagen und/oder die konkret festzusetzenden Werte zur Bestimmung der MGV 2016 zwischen der KVH 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.

6. Die Vertragspartner dieser Honorarvereinbarung stimmen darin überein, dass die vorliegende und die Honorarvereinbarung für das Jahr 2017 als Zweijahresvertrag abgeschlossen werden.

- Zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses sind den Vertragspartnern nicht alle Entscheidungen des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses bekannt. Sollten sich vor diesem Hintergrund noch Änderungen bzgl. der Honorarvereinbarung 2016 und 2017 ergeben, sind sich die Vertragspartner bereits zum jetzigen Zeitpunkt darin einig, dass diese Änderungen (zum Beispiel: Anpassung des Orientierungspunktwertes, Morbiditätsentwicklung, Unvorhersehbarer Leistungsbedarf, Geänderte Abgrenzung der MGV/EGV, Durchführungsempfehlungen) unverändert übernommen werden und - soweit notwendig - im Rahmen von Nachträgen zu diesen Honorarvereinbarungen umgesetzt werden.
- Die Vertragspartner sind sich ferner darin einig, dass die Förderung der Grundversorgung in Höhe von 7 Mio. EUR im Jahre 2017 in Verbindung mit der sogenannten Konvergenz gem. § 87a Abs. 4a SGB V steht.
- Sollte der Betrag in EUR, der sich bei der Anwendung des § 87a Abs. 4a SGB V durch Einigung zwischen den Vertragspartnern oder durch Entscheidungen des Landesschiedsamtes ergibt, den für die Förderung der Grundversorgung in 2017 festgesetzten Betrag von 7 Mio. EUR nicht unterschreiten, entfällt die Förderung der Grundversorgung ab 2017.
- Sollte der Betrag in EUR, der sich bei der Anwendung des § 87a Abs. 4a SGB V durch Einigung zwischen den Vertragspartnern oder durch Entscheidungen des Landesschiedsamtes ergibt, den für die Förderung der Grundversorgung in 2017 festgesetzten Betrag von 7 Mio. EUR unterschreiten, wird die Differenz zwischen dem Konvergenzbetrag und der Förderung in Höhe von 7 Mio. EUR in die MGV 2017 eingestellt. Die so entstehende Anhebung der MGV ist basiswirksam für die Jahre ab 2018. Dies stellt sicher, dass eine basiswirksame Anhebung der MGV in 2017 im Umfang von mindestens 7 Mio. EUR erfolgt.

7. Die Vertragspartner sind sich darin einig, dass die in der Honorarvereinbarung 2014 vereinbarte Steigerung der MGV in Ziffer 3.5. Nr. 2. der Honorarvereinbarung 2014 in Form einer „additiven“ Steigerung nicht zum Schritt 15 der Anlage 2 der Honorarvereinbarung 2014 („multiplikative“ Steigerung) passt. Dieser Umstand ist den Vertragspartnern anlässlich der MGV-Korrektur für das 1. Quartal 2014 Ende Februar 2016 aufgefallen.

Vor diesem Hintergrund sind sich die Vertragspartner darin einig, dass die Regelungen „additiv“ zu verstehen sind und deshalb Schritt 15 [richtig] „ $14 + (13 * 0,6013 \%)$ “ heißt. Die Vertragspartner sind sich darin einig, dass die Anwendung der Regelung im vorgenannten Sinne bei der MGV-Korrektur 2014 erfolgt, ohne dass dieser Umstand einer formalen Anpassung der Honorarvereinbarung 2014 bedarf.

Zwischen

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

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird die folgende

Honorarvereinbarung 2017 i. d. F. des 7. Nachtrages ab 1. Januar 2017

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitlich vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2017“ 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. Regionale Gebührenordnung

Ambulante ärztliche Leistungen werden, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, nach der regionalen EUR-Gebührenordnung gemäß § 87a Absatz 2 Satz 5 SGB V (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) vergütet. Dies gilt auch für ambulante ärztliche Leistungen von Krankenhäusern in Notfällen.

2. Regionaler Punktwert

Der Punktwert zur Berechnung der regionalen EUR-Gebührenordnung (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) wird rückwirkend für das Jahr 2017 neu festgesetzt auf 10,7785 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 0,2485 Cent (2,360 %) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 10,5300 Cent als Orientierungswert.

Zur Ermittlung des vorgenannten Punktwertzuschlages wird der in Anlage 3 der Honorarvereinbarung 2017 beschriebene Rechenweg angewendet.

Die sich aus der Anhebung des vorläufig geführten regionalen Punktwertes (10,7493 Cent; siehe Ziffer 2 der Honorarvereinbarung 2017 i. d. F. des 1. Nachtrages) um 0,0292 Cent für die Quartale I bis IV des Jahres 2017 ergebenden Nachzahlungsbeträge sind jeweils gesondert im entsprechenden Quartal I bis IV/2018 im Formblatt 3 in KV-spezifischen Vorgängen auszuweisen und mit der jeweiligen Schlussrechnung für die Quartale I - IV/2018 anzufordern.

Die quartalszugehörige Korrektur (im Folgenden beispielhaft dargestellt für das 1. Quartal) erfolgt mit den Vorgängen 060-067:

Bezeichnungen:

- Vorgang 060 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2014 MG
- Vorgang 061 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2014 EG
- Vorgang 062 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2015 MG
- Vorgang 063 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2015 EG
- Vorgang 064 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2016 MG
- Vorgang 065 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2016 EG
- Vorgang 066 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2017 MG
- Vorgang 067 - Ausgleich Punktwertkorrektur 1. Quartal 2017 EG

Eine Saldierung der jeweiligen Beträge im Rechnungsbrief für die jeweilige Schlussrechnung des Quartals I bis IV/2018 ist zulässig.

Die Fälligkeit der Nachzahlungsbeträge tritt zum Zeitpunkt der Fälligkeit der jeweiligen Forderungen aus der jeweiligen Schlussrechnung für die Quartale I bis IV/2018 ein.

Die KV Hamburg wird eine Korrektur der Vergütungen von bereichsfremden Versicherten der KVH gegenüber den jeweiligen Wohnort-KVen im Rahmen der Richtlinie über den Fremdkassenzahlungsausgleich vornehmen

3. Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des nach Maßgabe der nachstehenden Ziffern 3.1. bis 3.13. sowie den Vorgaben und Empfehlungen des 383. BA (Sitzung am 21. September 2016) ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals und dem Punktwert nach Nr. 2. Die Berechnung erfolgt für jedes Quartal des Jahres 2017 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 basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß Ziffer 2.2.1.1 des 383. BA.

3.2. Zum Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.1 werden nach Maßgabe von Ziffer 2.2.1.1 letzter Absatz des 383. BA die fortentwickelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Psychotherapie addiert.

3.3.

(1) Zur Berücksichtigung der im Vergleich mit den Vorjahresquartalen geänderten Abgrenzung morbiditätsbedingter von extrabudgetärer Gesamtvergütung ist Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.2. gemäß den Vorgaben des 383. BA, Ziffer 2.2.1.2 i. V. m. dem 382. BA („Abgrenzungsbeschluss“) anzupassen.

(2) Von dem Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.2. sind danach die Brutto-Punktmengen folgender Leistungsbereiche abzuziehen:

- Mit Wirkung für das I. Quartal 2017 Leistungen nach der Ziffer 4.41. („Verordnung von Soziotherapie“, GOP 30800, 30810, 30811). Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird abweichend vom 383. BA Ziffer 2.2.1.2 auf 1,0 festgesetzt.
- Mit Wirkung ab dem 01.07.2017 bis 31.03.2018 (Quartal 3/2017 bis 1/2018) in Umsetzung des 407. BA (schriftliche Beschlussfassung) Leistungen nach der Ziffer 4.54. und damit die GOP 22220 und 23220 EBM („Psychotherapeutische Gespräche - Einzelbehandlung“). Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird **nicht** auf 1,0 festgesetzt.
- Mit Wirkung ab dem 01.10.2017 bis 30.09.2018 (Quartal 4/2017 bis 3/2018) in Umsetzung des 408. BA (schriftliche Beschlussfassung) Leistungen nach der Ziffer 4.56. Leistungen nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM („Palliativmedizinische Versorgung“). Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird **nicht** auf 1,0 festgesetzt.

3.4. Zur Berücksichtigung der Empfehlung des 378. BA zur Finanzierung der Höherbewertung der GOP 34291 zum 01.10.2016 wird die Nr. 4 der vorgenannten Empfehlung wie folgt umgesetzt: Die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird im Zeitraum vom 1. Quartal 2017 bis zum 3. Quartal 2017 um den Mehrbedarf von 92 Punkten für jede tatsächlich in der Satzart ARZTRG87aKA_IK des entsprechenden Vorjahresquartals enthaltene GOP 34291 erhöht.

3.5. Im Anschluss daran erfolgt gemäß Ziffer 2.2.1.3 des 383. BA für das jeweilige aktuelle Abrechnungsquartal der Abzug von Bereinigungsbeträgen aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V von dem festgestellten, bereinigten Behandlungsbedarf gem. Ziffer 3.4. dieser Vereinbarung. Abweichend von den in Ziffer 2.2.1.3 des 383. BA aufgeführten Bereinigungsbeschlusses werden die Bereinigungsbeträge des vorangegangenen Quartals abgezogen. Im 4. Quartal 2017 erfolgt der Abzug der Bereinigungsbeträge des 3. und 4. Quartals 2017.

3.6. Sofern Kassen gemäß Nr. 4.7 des 372. BA auf eine Bereinigung verzichten, wird der gemäß Ziffer 3.5. der Honorarvereinbarung festgestellte Behandlungsbedarf gem. Nr. 4.7 Ziffer 7 des vorgenannten Beschlusses um die Summe der voraussichtlichen Bereinigungsvolumina aller betroffenen Kassen vermindert.

3.7.

(1) Der gemäß Ziffer 3.1. festgestellte und gemäß Ziffer 3.2. bis 3.6. angepasste Behandlungsbedarf wird gemäß Ziffer 2.2.2 des 383. BA unter Berücksichtigung der Prüfergebnisse nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a. F. (Altfälle) auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt. Dabei wird sichergestellt, dass die dort in Bezug genommenen ARZTRG87aKA-Satzarten des Vorjahresquartals entsprechend der geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Abrechnungsquartal angepasst werden. Hierbei werden analog Ziffer 3.4. im Zeitraum vom 1. Quartal 2017 bis zum 3. Quartal 2017 die Punktzahlen für jede tatsächlich in der Satzart ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK des entsprechenden Vorjahresquartals enthaltene GOP 34291 um den Mehrbedarf in Höhe von 92 Punkten erhöht.

(2) Dabei wird ferner sichergestellt, dass die Berücksichtigung der sich aus kassenseitigen Prüfanträgen ergebenden Korrekturen die insgesamt über alle Kassen zu zahlende MGV nicht verändert.

(3) Der aufgeteilte Behandlungsbedarf wird für jede betroffene Krankenkasse gemäß Nr. 4.7 Ziffer 7 des 372. BA um die voraussichtlichen Bereinigungsvolumina der jeweiligen Kasse erhöht. Die Summe der Erhöhung darf maximal dem Abzug in Ziffer 3.6. entsprechen.

3.8. Der so auf die Kassen aufgeteilte Behandlungsbedarf ist anschließend gemäß Ziffer 2.2.3 des 383. BA zur Berücksichtigung der Änderungen in der Versichertenzahl anzupassen.

Darüber hinaus sind die fortentwickelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Psychotherapie gemäß Ziffer 2.2.3 des 383. BA Absatz 2 zu subtrahieren.

Die Berücksichtigung der in der Datenlieferung bzw. ANZVER87a ausgewiesenen Personengruppen erfolgt dabei in Anwendung der für die jeweilige Krankenkasse zutreffenden gesamtvertraglichen Regelung.

3.9.

(1) Bis einschließlich dem Quartal 2/2017 wird der kassenspezifische Behandlungsbedarf gemäß Ziffer 3.8. aufgrund der Überarbeitung der humangenetischen Leistungen durch den Beschluss des BA in seiner 372. Sitzung am 11.03.2016 basiswirksam abgesenkt. Hierzu wird in jedem Quartal die Summe von 418.809 Euro in Punkte umgerechnet, anhand der Versichertenzahlen gemäß Ziffer 3.8. auf die einzelnen Kassen aufgeteilt und kassenspezifisch in Abzug gebracht.

(2) Darüber hinaus werden die Gebührenordnungspositionen 22220 und 23220 für die Quartale 2/2017 bis 4/2018 gemäß Ziffer 4.54. befristet ausgedeckelt und daher im Quartal 2/2017 in Umsetzung der Protokollnotiz zum 407. BA (schriftliche Beschlussfassung) bereinigt. Dazu werden die gemäß den Vorgaben des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 50. Sitzung in Teil B II. 1. Ziffer 1. bis 4. ermittelte Punktzahlvolumen gemäß Teil B II. 1. Ziffer 5. desselben Beschlusses basiswirksam von dem gemäß Ziffer 3.9. Abs. 1 ermittelten Wert abgezogen. Für die Quartale 3/2017 bis 1/2018 erfolgt die Bereinigung gem. Ziffer 3.3. Absatz 2.

(3) NN.

3.10. Der so kassenspezifisch ermittelte Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal ist wie folgt gemäß Ziffer 2.2.4 des 383. BA fortzuentwickeln:

Berücksichtigung der Morbiditätsveränderung gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gem. 383. BA. Dabei erfolgt die Gewichtung der gemäß BA-Beschluss berechneten Veränderungsdaten zu 50 % anhand der Demografie ($-0,1096 \% \cdot 50 \% = -0,0548 \%$) und zu 50 % anhand der Diagnosen ($0,5697 \% \cdot 50 \% = 0,2849 \%$). Der Aufsatzwert wird damit um 0,2301 % erhöht.

3.11.

(1) Anschließend sind gem. Ziffer 2.2.4 Absatz 2 des 383. BA die für das aktuelle Abrechnungsquartal aktualisierten vertragsübergreifenden Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten der Krankenkasse, multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenanzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenanzahl der Krankenkasse im Vorjahresquartal, zu addieren.

(2) Für Neueinschreiber in bzw. Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen erfolgt danach eine Differenzbereinigung gemäß dem 372. BA vom („Bereinigungsbeschluss“). Es sind außer in den Fällen der Absätze 3 und 4 zwingend die Regelungen gesonderter Bereinigungsvereinbarungen zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der KV Hamburg zu berücksichtigen.

(3) In Fällen der KV-übergreifenden Bereinigung gemäß dem 372. BA Nr. 4.5, in denen die Krankenkasse oder der für sie zuständige Partner der Gesamtverträge verlangt, dass das geltende Bereinigungsverfahren der Vertrags-KV umgesetzt wird, sind die hierzu getroffenen verbindlichen Vorgaben des 372. BA und etwaiger Folgebeschlüsse einzuhalten und anzuwenden.

(4) Das gleiche gilt für Fälle, in denen Krankenkassen gemäß dem 372. BA Nr. 4.7 auf eine Bereinigung verzichten können.

3.12.

(1) Die im Jahre 2016 vereinbarte extrabudgetäre Förderungssumme in Höhe von insgesamt 7 Mio EUR wird 2017 in die MGV überführt. Hierbei sind diese von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Mittel

- in Höhe von 3 Mio. EUR für die Förderung der Behandlung chronischer Patienten nach den GOP 03220 und 04220 EBM,
- in Höhe von 500.000 EUR für die Förderung der sozialpädiatrisch orientierten eingehenden Beratung nach der GOP 04355 EBM und
- in Höhe von 3,5 Mio. EUR für die Förderung der Erbringung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) nach dem EBM. (GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13644, 13694, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 21225, 22216, 23216, 26220, 27220 EBM) zu verwenden.

(2) Zur kassenseitigen Umsetzung dieser Förderung werden die o. g. Einzelbeträge gleichmäßig auf die vier Quartale 2017 aufgeteilt. Die quartalsbezogenen Einzelbeträge werden anhand der kassenindividuellen Inanspruchnahme der o. g. geförderten Leistungen im Vorjahresquartal (gemäß ARZTRG87aKA_IK-Datensätzen) auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt. Der so ermittelte quartalsbezogene kassenspezifische Steigerungsbetrag wird durch den regionalen Punktwert gemäß Ziffer 2 dividiert und dem nach Maßgabe der Ziffern 3.1. bis 3.11. ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarf hinzuaddiert. Die so entstehende Steigerung des Behandlungsbedarfs ist basiswirksam für die Jahre ab 2018.

3.13. Der sich bei Anwendung der Regelungen in § 87a Absatz 4a Sozialgesetzbuch (SGB V) ergebende Betrag beträgt 4,2 Mio EUR („Konvergenz“). Die basiswirksame Erhöhung der MGV erfolgt schrittweise in Höhe von 2,1 Mio EUR für 2017 und weiteren 2,1 Mio EUR für 2018. Für die basiswirksame Erhöhung des Behandlungsbedarfs werden die vorgenannten Beträge gleichmäßig auf die vier Quartale des Jahres 2017 bzw. 2018 verteilt. Die sich ergebenden Quartalswerte werden nach dem Aufteilungsschlüssel gemäß Ziffer 3.7 Absatz 1

dieser Vereinbarung auf die Kassen aufgeteilt und anschließend durch den regionalen Punktwert nach Ziffer 2 dividiert. Die sich hieraus ergebenden kassenspezifischen Punktzahlvolumina werden zu dem Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.12 hinzuaddiert. Die Partner dieser Vereinbarung werden diese Regelung zur basiswirksamen Umsetzung im Jahre 2018 entsprechend in der Honorarvereinbarung 2018 fortschreiben.

3.14. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4. dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht kann ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V unter zwingender Beachtung der Empfehlungen des BA-Beschlusses gem. § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 (382. BA) begründet werden. Insbesondere kann keine Nachschusspflicht aus Regelungen zur Honorarverteilung resultieren.

3.15. Für den Fall von Kassenfusionen vereinbaren die Vertragspartner, dass soweit zwischen den jeweiligen Gesamtvertragspartnern nicht etwas anderes vereinbart ist, der kassenspezifische Anteil gemäß Ziffer 3.7. der Summe der Anteile der fusionierten Krankenkassen entspricht.

4. Extrabudgetär vergütete Leistungen

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

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

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

4.3. Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

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

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

4.6. Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

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

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

4.9. Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:

01510X bis 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08540 bis 08542, 08540X bis 08542X, 08550 bis 08552, 08550X bis 08552X, 08560, 08560X, 08561, 08561X, 08570 bis 08574, 08570X bis 08574X, 11301X, 11302X, 11351X, 11352X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X und 36822X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X und 32781X.

Der vorstehende und ggf. 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 sowie ab 01.10.2017 nach der GOP 01949 und 01960,

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

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

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

4.14. unbesetzt,

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

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

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

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

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

4.20. Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882,

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

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

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

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

4.25. Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus

(MRSA) nach den GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956,

4.26. Leistungen des Kapitels 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150) der in § 87b Absatz 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen („Psychotherapie“),

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

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

4.29.

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

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

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

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

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

4.31. Leistung gemäß GOP 34601 (Osteodensitometrische Untersuchung II),

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

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

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

4.35. Leistungen gemäß den GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222,

21219, 21226, 22218, 23218, 26222 und 27222 („Förderung von Leistungen und Strukturen im fachärztlichen Versorgungsbereich“),

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

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

4.38.

(1) die GOP 99345 und 99315 als Zuschlag auf die GOP 86510 oder 86512 nach der „Onkologie-Vereinbarung“.

(2) Die GOP 99345 kann nur von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe abgerechnet werden, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der „Onkologie-Vereinbarung“ verfügen. Die Leistungsinhalte, Abrechnungsbestimmungen und Abrechnungsausschlüsse der GOP 08345 EBM gelten ebenso für die GOP 99345.

(3) Die GOP 99315 kann nur von Fachärzten für Urologie abgerechnet werden, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der „Onkologie-Vereinbarung“ verfügen. Die Leistungsinhalte, Abrechnungsbestimmungen und Abrechnungsausschlüsse der GOP 26315 EBM gelten ebenso für die GOP 99315.

(4) Die GOP 99345 und 99315 werden jeweils mit einer Punktzahl von 191 Punkten bewertet. Den Vertragspartnern ist bewusst, dass sich die Höhe der vorstehenden Bewertung aus der Bewertung der GOP 08345 bzw. 26315 EBM ergibt und zukünftige Änderungen dieser EBM-Bewertung entsprechende Anpassungen des Zuschlags zur Folge haben,

4.39. Leistungen der Rheumatologie nach den GOP 13690 bis 13692,

4.40. Leistungen nach den GOP des Abschnitts 34.7 EBM sowie die Kostenpauschale 40584 („Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)“),

4.41. Leistungen nach den GOP 30800, 30810 und 30811 („Verordnung von Soziotherapie“),

4.42. Leistungen nach den GOP 30980, 30981, 30984, 30985, 30986 und 30988 („spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung gemäß § 118a SGB V“),

4.43. Leistungen nach den GOP 11449 und 11514 EBM sowie den Abschnitten 19.4.2 und 19.4.4 EBM („humangenetische Leistungen“).

4.44. Leistungen nach den GOP 38200 und 38205 sowie ab dem 01.07.2017 die GOP 38202 und 38207 („Delegationsfähige Leistungen“),

4.45. Leistungen nach den GOP 37100, 37102, 37105, 37113 und 37120 („ärztliche Kooperations- und Koordinationsleistungen nach § 119b Abs. 2 SGB V“),

4.46. Leistungen nach den GOP 11304, 19406, 32865 und 32911 („Humangenetische Leistungen“),

4.47. die Kostenpauschale nach der GOP 40306 („Kosten im Zusammenhang mit der Qesü-RL für Perkutane Koronarinterventionen [PCI] und Koronarangiographien“),

4.48. Leistungen nach den GOP 01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701 („Medikationsplan“),

4.49. mit Wirkung ab dem 01.04.2017 die GOP 01450 EBM („Videosprechstunde“),

4.50. mit Wirkung ab dem 01.01.2017 die GOP 03061, 03064 und 03065 („Förderung von Leistungen und Strukturen im hausärztlichen Versorgungsbereich“),

4.51. mit Wirkung ab dem 01.04.2017 die GOP 34800, 34810, 34820 und 34821 („Telekonsile“),

4.52. mit Wirkung ab dem 01.04.2017 die GOP 03355, 04590 und 13360 EBM („kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM)“),

4.53. mit Wirkung ab dem 01.04.2017 die GOP 35151, 35152 und 35254 EBM („Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung“),

4.54. mit Wirkung ab dem 01.04.2017 die GOP 22220 und 23220 EBM („Psychotherapeutische Gespräche - Einzelbehandlung“),

4.55. ab dem 01.07.2017 Leistungen nach den GOP 01702 und 01703 („Pulsoxymetrie-Screening“),

4.56. ab dem 01.10.2017 Leistungen nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM („Palliativmedizinische Versorgung“),

4.57. ab dem 01.10.2017 Leistungen nach dem Abschnitt 37.3 EBM („besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“),

4.58. ab dem 01.10.2017 Leistungen nach den GOP 02325 bis 02328 („Epilation mittels Laser“),

4.59. Ab dem 01.10.2017 Leistungen nach den GOP 01460, 01461 und 01626 (Verordnung von Cannabis).

5. Zuschläge auf besonders förderungswürdige Leistungen

Für Leistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.2 und 1.7.4 des EBM exklusive der Leistungen nach den Ziffern 4.4., 4.5., 4.22. und 4.55. dieses Vertrages wird ein Zuschlag in Höhe von 0,0491 Cent auf den regionalen Punktwert nach Nr. 2 gezahlt.

6. Wegepauschalen

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

6.1. Für jeden Besuch nach den GOP 01410, 01411, 01412, 01721, 01415 oder 01418 sowie für die erste Visite nach der GOP 01414 genannten Einrichtungen sowie einmal zu Leistungen nach der GOP 05230 eine Wegepauschale nach Wegebereichen und Besuchszeiten in folgender Höhe:

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

3,53 EUR (Abrechnungsnummer: 97234);

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

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97235);

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

10,14 EUR (Abrechnungsnummer: 97236);

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

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97237);

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

10,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97238);

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

14,55 EUR (Abrechnungsnummer: 97239);

- g) Pauschale für einen Besuch nach den 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:

11,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97160);

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

16,32 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 gem. der Verträge über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen vom 13.03.2006 in der jeweils gültigen Fassung zu zahlenden Pauschalbetrag. Dies gilt nicht für Leistungen, die von Vertragsärzten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes während der stundenfreien Zeiten sowie bei gegenseitiger Vertretung erbracht werden.

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

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

7. Belegärztliche Leistungen

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

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

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

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

- a) Leistungen, für die in der regionalen EUR-Gebührenordnung bei belegärztlicher Leistungserbringung ein Abschlag vorgesehen ist, werden entsprechend bewertet.
- b) Leistungen der Kapitel 33 und 34 der regionalen EUR-Gebührenordnung werden mit 60 % der Sätze der Gebührenordnung bewertet; können diese Leistungen im Belegkrankenhaus nicht erbracht werden, werden sie mit den Sätzen der Gebührenordnung bewertet.
- c) Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen des Kapitels 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung, die mit mindestens 6,00 EUR bewertet sind, werden mit

den Sätzen der regionalen EUR-Gebührenordnung bewertet. Die Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen aus dem Kapitel 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in § 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

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

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

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

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

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

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.

- a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitchaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.
- b) 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 KVV nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind.

- c) 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.

- d) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Krankenkassen ein Betrag von 3,07 EUR pro Patient und Pflgetag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflgetage.

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

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

9. Sachlich-rechnerische Berichtigungen

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

10. Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V

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

11. Kostenerstattung

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

12. Verspätet eingereichte Behandlungsausweise

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

13. Sonstiges

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

Hamburg, den 09.11.2016

Anlage 1

zur Honorarvereinbarung 2017

Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbe- reich Hamburg

wird noch ausgeführt

Anlage 2

zur Honorarvereinbarung 2017

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß Beschluss des BA (383. Sitzung) und der honorarvertraglichen Regelung 2017 in Hamburg

1.	Vereinbarter bereinigter Leistungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im entsprechenden Quartal 2016 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	Addition der Summe der kassenspezifischen Ausdeckelungsbeträge des jeweiligen Vorjahresquartals aufgrund der Höherbewertung Psychotherapie inkl. der Änderungen durch den 380. BA-Beschluss gemäß Ziffer 3.2 der Honorarvereinbarung
3.	Anpassung auf geänderte MGV/EGV-Abgrenzung: Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3. der Honorarvereinbarung
4.	Im 1. bis 3. Quartal 2017 Anpassung aufgrund Ziffer 3.4. der Honorarvereinbarung: (Summe der Abrechnungsfrequenzen der GOP 34291 im entsprechenden Quartal 2016 gemäß Satzart ARZTRG87aKA_IK für alle Kassen) * 92 Punkte
5.	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung des jeweils vorangegangenen Quartals (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.5. der Honorarvereinbarung
6.	Abzug Summe der voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.6. der Honorarvereinbarung
7.	Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 + 2 – 3 + 4 ± 5 - 6

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

		a) GKV-weit	b) Einzelkasse
8.	Abgerechnete Leistungsmenge im entsprechenden Quartal 2016 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet wer-		

	den (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert.		
9.	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle)		
10.	Anpassung um die Leistungsmengen für die in Nr. 3. und Nr. 4 genannten Leistungen im entsprechenden Quartal 2016 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
11.	Angepasste Leistungsmenge in Punkten = 8 - 9 - 10		
12.	Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf in Prozent = 11b / 11a		
13.	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = 7* 12		
14.	Hinzuaddieren des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht gemäß Ziffer 3.7. der Honorarvereinbarung		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

15.	Anpassung Versichertenzahl: = (13 + 14) / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des entspr. Quartals 2016) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des entspr. Quartals 2017)
16.	Subtraktion der fortentwickelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Psychotherapie gemäß Ziffer 2.2.3 des 383. BA bzw. Ziffer 3.8 der Honorarvereinbarung: = 15- [Kassenspezifischer Anteil aus 2 / (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des entspr. Quartals 2016) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des entspr. Quartals 2017)]
17.	Bis 30.06.2017: Abzug aufgrund der Überarbeitung der humangenetischen Leistungen gemäß Ziffer 3.9. Absatz 1 der Honorarvereinbarung = 16 - Punktzahl Absenkung
17.a	Ausschließlich vom 01.04.2017 bis 30.06.2017 (2. Quartal 2017)

	Anmerkung: Die Bereinigung ab dem 01.07.2017 bis 31.03.2018 erfolgt gem. Zeile 3 dieser Anlage: Abzug aufgrund der befristeten Ausdeckelung der Psychotherapeutischen Gespräche – Einzelbehandlung gem. Ziffer 3.9. Absatz 2 der Honorarvereinbarung =17 – Punktzahl Absenkung
17.b	NN
18.	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate (gem. Ziffer 3.10. der Honorarvereinbarung): = 17.a + (17.a * 0,2301 %)
19	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 18 + [(auf das aktuelle Abrechnungsquartal aktualisierte vertragsübergreifende Gesamt-bereinigungsmengen je Versicherten) * (ANZVER87a_IK im entsprechenden Quartal 2017 - ANZVER87a_IK im entsprechenden Quartal 2016)]
20.	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen gemäß Ziffer 3.11 (Abs. 2 bis 4) der Honorarvereinbarung (negativ oder positiv)
21.	Berücksichtigung des kassenspezifischen Punktzahlvolumens aufgrund der Überführung der Fördersumme von 7 Mio. Euro in die MGV gemäß Ziffer 3.12 der Honorarvereinbarung
22.	Berücksichtigung des kassenspezifischen Punktzahlvolumens aufgrund der Regelung nach § 87a Abs. 4a SGB V („Konvergenz“) gemäß Ziffer 3.13 der Honorarvereinbarung
23.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert gem. Ziffer 2. der Honorarvereinbarung: = (19 ± 20 + 21 + 22) * 0,107493 = Kassenspezifische MGV in Euro

Um nachträgliche Korrekturen des jeweiligen Formblatts 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGV vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGVBerechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2017

Rechenweg des regionalen Punktwertzuschlags gem. Nr. 2 der Honorarvereinbarung 2017 (nach Dau, 2013; lt. BSG-Urteil 2017)

- basierend auf drei volkswirtschaftliche Indikatoren
 - Arbeitnehmerentgelt je Arbeitnehmer₁
 - Arbeitnehmerentgelt je geleisteter Arbeitsstunde₂
 - Bruttoinlandsprodukt je Einwohner₃
- es sind jeweils die Werte des (Vor-)vorjahres anzusetzen;
- als allgemein zugängliche Quelle dient das Gemeinsame Datenangebot der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder → <http://www.vgrdl.de/VGRdL/> (für die Berechnung des regionalen Punktwertzuschlags des Jahres 2017 wird abschließend der Berechnungsstand: August 2017 / Februar 2018 verwendet. Spätere Korrekturen der verwendeten Berechnungsgrundlagen durch die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder bleiben unberücksichtigt.)
- im Folgenden werden die Ergebnisse der Berechnungsschritte 1. bis 5. sowie 7. in Prozent [%] und die Ergebnisse der Berechnungsschritte 6.1 bis 6.3 in EuroCent [cent] ausgewiesen

1. Prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

je volkswirtschaftlicher Indikator_{1,2,3} gilt: $a_{1,2,3} = ((\text{Wert_HH} / \text{Wert_Bund}) * 100) - 100$

2. Durchschnittliche, prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

arithmetisches Mittel der prozentualen Abweichungen $a_{1,2,3}$: $\bar{a} = 1/3 * (a_1 + a_2 + a_3)$

3. Schätzung der prozentualen Abweichung arztpraxisrelevanter Kosten $b_{\text{Praxiskosten}}$ in Hamburg vgl. zum Bund

auf Grundlage der durchschnittlichen, prozentualen Abweichung $\bar{a}$ (HH vs. Bund) der volkswirtschaftlichen Indikatoren gilt: $b_{\text{Praxiskosten}} = (\bar{a} / 2) - 1 \%$

4. Schätzung des prozentualen Honorarzuschlags $c_{\text{Personal/Miete}}$ zum Ausgleich höherer Praxiskosten in Hamburg vgl. zum Bund

$b_{\text{Praxiskosten}}$ gilt mindestens für den Kostenblock Personal & Miete, für den ein Arzt etwa 30 % der Praxiskosten aufbringt, daher gilt: $c_{\text{Personal/Miete}} = b_{\text{Praxiskosten}} * 30 \%$

5. Anpassung des Zuschlags $c_{\text{Personal/Miete}}$ aufgrund der betriebswirtschaftlichen Attraktivität Hamburgs

Begrenzung des prozentualen Zuschlags um 1/3 der Schätzung:

$$c_{\text{Personal/Miete}}^{**} = c_{\text{Personal/Miete}} - (c_{\text{Personal/Miete}} / 3)$$

6. Anpassung des Zuschlags unter Berücksichtigung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr

6.1 Berechnung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr

$$d_{\text{OPW_Differenz}} [\text{cent}] = \text{OPW}_{\text{aktuell}} [\text{cent}] - \text{OPW}_{\text{Vorjahr}} [\text{cent}]$$

6.2 Berechnung des Zuschlags basierend auf $\text{OPW}_{\text{Vorjahr}}$:

$$e_{\text{Zuschlag_OPW Vorjahr}} [\text{cent}] = \text{OPW}_{\text{Vorjahr}} [\text{cent}] * c_{\text{Personal/Miete}}^{**}$$

6.3 Berechnung des aktuellen Zuschlags abzüglich der Steigerung des OPWs zum Vorjahr

$$f_{\text{Zuschlag-OPWSteigerung}} [\text{cent}] = e_{\text{Zuschlag_OPW Vorjahr}} [\text{cent}] - d_{\text{OPW_Differenz}} [\text{cent}]$$

7. Berechnung des prozentualen, regionalen Punktwertzuschlags x

$$x = (f_{\text{Zuschlag-OPWSteigerung}} [\text{cent}] / \text{OPW}_{\text{aktuell}} [\text{cent}]) * 100$$

Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2017

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

2. 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.

3. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Festsetzung des regionalen Punktwertes für 2013 durch den Schiedsspruch des Landesschiedsamtes in seiner Sitzung am 15.08.2013 in Bezug auf den festgesetzten Zuschlag von 2,083 % unter dem Aktenzeichen B 6 KA 5/16 R Gegenstand einer Klage vor dem Bundessozialgericht ist.

Vor diesem Hintergrund steht der Zuschlag für 2017 in Ziffer 2. dieser Vereinbarung unter Vorbehalt.

Soweit nach bestandskräftiger Entscheidung des Rechtsstreits durch die Vertragspartner oder das Landesschiedsamt rechtskräftig andere Festsetzungen für 2013 getroffen werden, werden diese inhaltsgleich auch für das Jahr 2017 umgesetzt.

4. Sind Falschabrechnungen von Leistungen innerhalb der MGV für vergangene Abrechnungszeiträume aufgrund Rechnungsprüfung nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a. F. (Altfälle) 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. Diese 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. Das Nähere ist in der Anlage 2 dieser Vereinbarung geregelt.

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

5. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 407. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab 01.01.2019 die Gebührenpositionen für psychotherapeutische Gespräche (Einzelbehandlung) 22220 und 23220 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurück zu überführen sind (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz inhaltsgleich auch in der Honorarvereinbarung 2018 fortgeführt und in der Honorarvereinbarung 2019 umgesetzt.

6. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 408. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab 01.10.2019 die Gebührenpositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurück zu überführen sind (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz inhaltsgleich auch in der Honorarvereinbarung 2018 fortgeführt und in der Honorarvereinbarung 2019 umgesetzt.

Zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg)**

und

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

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird die folgende

Honorarvereinbarung 2018 **i. d. F. des 2. Nachtrages vom 21. November 2018**

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitlich vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2018“ Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Präambel

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

1. Regionale Gebührenordnung

Ambulante ärztliche Leistungen werden, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, nach der regionalen EUR-Gebührenordnung gemäß § 87a Absatz 2 Satz 5 SGB V (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) vergütet. Dies gilt auch für ambulante ärztliche Leistungen von Krankenhäusern in Notfällen.

2. Regionaler Punktwert

Der Punktwert zur Berechnung der regionalen EUR-Gebührenordnung beträgt 10,8584 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 1,916 % (0,2041 Cent) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 10,6543 Cent als Orientierungswert.

Zur Ermittlung des vorgenannten Zuschlags ist der Rechenweg - wie er in Anlage 3 zu dieser Vereinbarung niedergelegt ist - anzuwenden.

3. Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des nach Maßgabe der nachstehenden Ziffern 3.1 bis 3.12 sowie den Vorgaben und Empfehlungen des 383. BA in seiner Sitzung am 21.09.2016 zuletzt geändert mit Beschluss des BA in seiner 403. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und etwaigen Folgebeschlüssen des BA bzw. EBA (im Folgenden „Aufsatzwertebeschluss“) ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals und dem Punktwert nach Ziffer 2. Die Berechnung erfolgt für jedes Quartal des Jahres 2018 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 basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß Ziffer 2.2.1.1 des Aufsatzwertebeschlusses.

3.2

3.2.1 Der Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.1 wird für jedes Quartal des Jahres 2018 um 0,27 % in Umsetzung des 403. BA (schriftliche Beschlussfassung; „Umsetzung Wohnortprinzip Ersatzkassen“) erhöht.

3.2.2 Zum vorgenannten Ergebnis werden nach Maßgabe von Ziffer 2.2.1.1 letzter Absatz des Aufsatzwertebeschlusses die Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Psychotherapie gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V - unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen sowie der Veränderung der jeweils verwendeten Versichertenanzahl zwischen dem entsprechenden Quartal des Jahres 2016 und dem jeweiligen Vorjahresquartal (1 bis 4/2017) fortentwickelt - addiert.

3.2.3 Zusätzlich wird das vorgenannte Ergebnis in Anwendung des 411. BA Teil B (Sitzung 19.12.2017) um den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 09372 bis 09374 und 20372 bis 20374 wie folgt erhöht: Der Erhöhungsbetrag ergibt sich für jedes Quartal des Jahres 2018 durch Multiplikation des jeweiligen Differenzbetrags der alten und neuen Bewertung der Gebührenordnungspositionen 09372 bis 09374 und 20372 bis 20374 mit der Häufigkeit der entsprechenden Gebührenordnungspositionen im jeweiligen Vorjahresquartal sowie der KV-spezifischen Abstaffelungsquote, die berechnet wird gemäß Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des Aufsatzwertebeschlusses.

3.3

3.3.1 Zur Berücksichtigung der im Vergleich mit den Vorjahresquartalen geänderten Abgrenzung morbiditätsbedingter von extrabudgetärer Gesamtvergütung ist der Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.2.2 gemäß den Vorgaben des Aufsatzwertebeschlusses, Ziffer 2.2.1.2 i. V. m. dem 52. EBA in seiner Sitzung am 19.09.2017 („Abgrenzungsbeschluss“) anzupassen.

Von dem festgestellten, bereinigten Behandlungsbedarf, welcher nach den vorgenannten Regelungen angepasst wurde, sind danach die Punktmengen folgender Leistungsbereiche wie nachfolgend beschrieben abzuziehen bzw. hinzuzusetzen:

1. Mit Wirkung vom 01.01.2018 bis 31.03.2018 (Quartal 1/2018) in Umsetzung des 407. BA (schriftliche Beschlussfassung) werden die Punktmengen der Leistungen nach der Ziffer 4.54. und damit die GOP 22220 und 23220 EBM („Psychotherapeutische Gespräche - Einzelbehandlung“) abgezogen. Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird nicht auf 1,0 festgesetzt.
2. Mit Wirkung vom 01.01.2018 bis 30.09.2018 (Quartal 1/2018 bis 3/2018) in Umsetzung des 408. BA (schriftliche Beschlussfassung) werden die Punktmengen der Leistungen nach der Ziffer 4.56. Leistungen nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM („Palliativmedizinische Versorgung“) abgezogen. Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird nicht auf 1,0 festgesetzt.
3. Mit Wirkung vom 01.01.2018 bis 31.12.2018 (Quartal 1/2018 bis 4/2018) in Umsetzung des 402. BA (schriftliche Beschlussfassung) wird die Punktmenge der GOP 32530 EBM abgezogen, die ermittelt wird, indem der EURO-Wert durch den Punktwert des Vorjahresquartals dividiert wird.
4. Mit Wirkung vom 01.04.2018 bis 31.03.2019 (Quartal 2/2018 bis 1/2019) wird die Punktmenge der Leistungen nach der Ziffer 4.64. („Verordnung von medizinischer Rehabilitation“, GOP 01611 EBM) abgezogen. Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird gem. des 416. BA Teil B abweichend vom 383. BA, geändert durch den 401. BA, Ziffer 2.2.1.2 auf 1,0 festgesetzt.
5. Mit Wirkung vom 01.04.2018 bis 31.03.2019 (Quartal 2/2018 bis 1/2019) Leistungen nach der GOP 30800 EBM gem. der Ziffer 4.41 („Verordnung von Soziotherapie“) nach Maßgabe des 45. EBA in Verbindung mit dem Aufsatzwertebeschluss in die MGV überführt. Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird gem. des 45. EBA abweichend vom Aufsatzwertebeschluss Ziffer 2.2.1.2 auf 1,0 festgesetzt.
6. Mit Wirkung vom 01.07.2018 bis 30.06.2019 (Quartale 3/2018 bis 2/2019) in Umsetzung des 54. EBA Teil B für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der GOP 32151, 32720 bis 32727, 32750, 32759 bis 32763, 32772 und 32773 werden dem Behandlungsbedarf der vorgenannten Abrechnungsquartale jeweils 318.124 Punkte zugesetzt.
7. Mit Wirkung vom 01.10.2018 bis 30.09.2019 (Quartale 4/2018 bis 3/2019) in Umsetzung des 417. BA Teil B für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der

GOP 01624 werden dem Behandlungsbedarf der vorgenannten Quartale jeweils 105.665 Punkte zugesetzt.

8. Mit Wirkung vom 01.10.2018 bis 30.09.2019 (Quartale 4/2018 bis 3/2019) in Umsetzung des 423. BA Teil C für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der GOP 19317 werden dem Behandlungsbedarf der vorgenannten Quartale jeweils 22.625 Punkte zugesetzt.

3.3.2

- (1) Die KVH hat in einer aufwändigen wissenschaftlichen Studie im Jahr 2017¹ festgestellt, dass die Versorgungskapazitäten der Kinderärzte in Hamburg ausgelastet sind. Insbesondere wurde deutlich, dass im Bereich der Grundversorgung von Kindern der Altersgruppe 0-4 Jahre einem möglichen Versorgungsengpass nur durch eine Mengenausweitung begegnet werden kann. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat hierzu in seiner Sitzung vom 25.04.2018 maßgebliche Feststellungen getroffen.² Die Partner dieser Honorarvereinbarung vereinbaren zur Sicherstellung der kinderärztlichen Grundversorgung durch Kinderärzte aus diesem Grunde nach § 87a Abs. 2 S. 3 SGB V ein Fördervolumen (FGK). Für das FGK werden einmalig 500.000 EUR von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt. Zur Umsetzung wird der Förderbetrag gleichwertig auf die Quartale 3/2018 bis 2/2019 aufgeteilt (125.000 EUR je Quartal) und nach den nachstehenden Regelungen verwendet, um einer zu erwartenden zunehmenden Belastung des Honorarkontingents der Kinderärzte zu begegnen.
- (2) Der zur kassenseitigen Umsetzung von der jeweiligen Krankenkasse zu finanzierende Anteil am Förderbetrag ergibt sich aus der für das jeweilige Vorjahresquartal angewandten Aufteilung gem. der kassenspezifischen Anteile an der GOP 04000 (Versichertenpauschale bis zum vollendeten 4. Lebensjahr EBM; nachfolgend konkretisiert durch GOP 04001 mit allen Buchstabensuffixen als technische GOP der ARZTRG87aKA-Datenlieferung). Der Förderbetrag wird als ein "Davon"-Ausweis der EGV-Gesamtsumme im Rechnungsbrief und zusätzlich im Formblatt 3 (bereichseigen) unter Vorgang 050 als EGV-Betrag ausgewiesen. Die KV Hamburg ist berechtigt, die Förderbeträge (Quartale 3/2018 bis 2/2019) quartalsweise mit dem jeweils ersten erreichbaren Abschlagstermin gem. der bilateralen gesamtvertraglichen Regelungen bei den Krankenkassen anzufordern.
- (3) Wird von Kinderärzten das Ziel der Förderung (nach Absatz 6 dieser Ziffer) erreicht, so werden je Quartal Mittel in Höhe des förderfähigen Anteils (nach Absatz 7 dieser Ziffer) aus dem Fördervolumen in das Honorarkontingent der Kinderärzte überführt. Die so aus dem Fördervolumen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführten Mittel erhöhen diese unter Berücksichtigung des regionalen Punktwertes nach Ziffer 2 in Punkten mit dem entsprechenden Folgejahresquartal (3/18 in 3/19, 4/18 in 4/19; 1/19 in 1/20 und 2/19 in 2/20 usw.) für die Zukunft basiswirksam.
- (4) Die Förderung beginnt im 3. Quartal 2018 und dauert längstens bis zum Ablauf des 2. Quartals 2021. Dabei werden nicht in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführte Beträge von Quartal zu Quartal tradiert. Wird das Fördervolumen früher ausgeschöpft, endet der Förderzeitraum zu diesem Zeitpunkt. Sofern nach Ablauf des Förderzeitraums noch Mittel im Fördertopf vorhanden sind, werden die Partner dieser Honorarvereinbarung gemeinsam über deren Verwendung beraten.
- (5) Die Förderung bezieht sich auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Die Honorierung der Kinderärzte, die das Ziel der Förderung erreichen, bestimmt sich ausschließ-

¹ Dr. Sarah Strohkamp: Pädiatrische Grundversorgung unter Druck, in KVH -Journal 3/2018 Seite 8 bis 14; ISSN 2568 - 972X.

² Der Beschluss und die Begründung des Landesausschusses sind im Hamburger Ärzteblatt, Heft 5/2018 veröffentlicht.

lich nach den Regelungen des Verteilungsmaßstabes. Ein Anspruch von Kinderärzten auf eine unmittelbare Vergütung aus dem Fördervolumen ist ausgeschlossen.

- (6) Das Förderziel besteht in einer Steigerung des Versorgungsanteils von Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres in Höhe von 25% gegenüber dem Vorjahresquartal je Kinderarzt. Indikator dafür ist die Abrechnungsfrequenz der GOP 04001. Soweit im Vorjahr die GOP 04001 nicht abgerechnet wurde, wird das Förderziel erreicht, wenn die GOP mindestens einmal abgerechnet wird. In Fällen der Übernahme eines bestehenden Vertragsarztsitzes wird zur Beurteilung der Erreichung des Versorgungszieles die Abrechnungsfrequenz der GOP 04001 des übernommenen Vertragsarztsitzes aus dem Vorjahresquartal herangezogen.
- (7) Erreicht ein Kinderarzt dieses Ziel, so wird der für ihn im Quartal, in welchem das Förderziel erreicht wird, festgestellte Honoraranspruch unter Beachtung von Absatz 8 in Höhe des Anteils, der auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entfällt, in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gem. Absatz 3 dieser Ziffer überführt.
- (8) Insofern eine Förderung im Vorjahresquartal für denselben Kinderarzt bereits erfolgte, findet eine Förderung nur dann statt, wenn das Ziel nach Absatz 6 vom jeweiligen Kinderarzt in den letzten 4 vorangegangenen Quartalen erreicht wurde. In diesen Fällen wird dessen Honoraranspruch unabhängig von der Abrechnungsfrequenz der GOP 04001 in den folgenden Quartalen nur noch so weit für die Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung herangezogen, wie er den Honoraranspruch im entsprechenden Vorjahresquartal überschreitet und Fördermittel gemäß Absatz 1 zur Verfügung stehen.
- (9) Der Nachweis des Erreichens des Förderziels wird von der KVH gegenüber den Krankenkassen in Form einer tabellarischen Übersicht gem. Anlage 4 geführt. Diese beinhaltet eine aggregierten Darstellung der Abrechnungsergebnisse der jeweiligen Ärzte unter Angabe der LANR, die Abrechnungsfrequenzen der GOP 04001 im aktuellen und Vorjahresquartal sowie die quartalsbezogene Darstellung des Leistungsbedarfs innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Vergütung dieser Leistungen.
- (10) Endet die vertragsärztliche Tätigkeit eines Kinderarztes, dessen Erreichen des Förderziels zu einer Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung beigetragen hat, ohne dass eine Nachbesetzung seines Arztsitzes stattfindet, so wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um die entsprechenden Erhöhungsanteile bereinigt.

3.4 Im Anschluss daran erfolgt gemäß Ziffer 2.2.1.3 des Aufsatzwertbeschlusses für das jeweilige aktuelle Abrechnungsquartal der Abzug von Bereinigungsbeträgen aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V von dem festgestellten, bereinigten Behandlungsbedarf gem. Ziffer 3.3.1 dieser Vereinbarung.

3.5 Sofern Kassen gemäß Nr. 4.7 des 400. BA in seiner Sitzung am 31.08.2017 („Bereinigungsbeschluss“) auf eine Bereinigung verzichten, wird der gemäß Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung festgestellte Behandlungsbedarf gem. Nr. 4.7 Ziffer 7 des vorgenannten Beschlusses um die Summe der voraussichtlichen Bereinigungsvolumina aller betroffenen Kassen vermindert.

3.6 Berechnung der kassenspezifische Anteile am vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal

3.6.1 Der gemäß Ziffer 3.1 festgestellte und gemäß Ziffer 3.2 bis 3.5, mit Ausnahme von Ziffer 3.3.2, angepasste Behandlungsbedarf wird gemäß Ziffer 2.2.2 des Aufsatzwertebschlusses unter Berücksichtigung der Prüfergebnisse nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a. F. (Altfälle) auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt. Dabei wird sichergestellt, dass

die dort in Bezug genommenen ARZTRG87aKA-Satzarten des Vorjahresquartals in der Korrekturfassung gem. des 403. BA (schriftliche Beschlussfassung; „Umsetzung Wohnortprinzip Ersatzkassen“) entsprechend der geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Abrechnungsquartal angepasst werden. Dabei wird ferner sichergestellt, dass die Berücksichtigung der sich aus kassenseitigen Prüfanträgen ergebenden Korrekturen die insgesamt über alle Kassen zu zahlende MGV nicht verändert.

3.6.2 Der aufgeteilte Behandlungsbedarf wird für jede betroffene Kasse um den kassenspezifischen Anteil aus der Umsetzung des 402. BA in seiner Sitzung am 19.09.2017 zum Zwecke der Überführung der Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den GOP 03060 bis 03065 EBM in die MGV erhöht. Dieser Anteil berechnet sich für jedes der 4 Abrechnungsquartale des Jahres 2018 durch Multiplikation des kassenspezifischen Anteils an der Leistungsmenge für die GOP 03060 bis 03065 EBM im Vorjahresquartal mit dem Betrag von 671.261 EUR unter Berücksichtigung des regionalen Punktwertes nach Ziffer 2., d.h. mit jeweils 6.181.951,3 Punkten.

3.6.3 Der gem. Ziffer 3.6.2 aufgeteilte Behandlungsbedarf wird für jede betroffene Krankenkasse gemäß Nr. 4.7 Ziffer 7 des Bereinigungsbeschlusses um die voraussichtlichen Bereinigungsvolumina der jeweiligen Kasse erhöht. Die Summe der Erhöhung darf maximal dem Abzug in Ziffer 3.5 entsprechen.

3.7 Der so gem. Ziffer 3.6.3 auf die Kassen aufgeteilte Behandlungsbedarf ist anschließend gemäß Ziffer 2.2.3 des Aufsatzwertbeschlusses zur Berücksichtigung der Änderungen in der Versichertenzahl anzupassen.

Darüber hinaus sind die Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Psychotherapie gemäß Ziffer 2.2.3 Absatz 2 des Aufsatzwertbeschlusses, gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V - unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen sowie der Veränderung der jeweils verwendeten Versichertenzahl zwischen dem entsprechenden Quartal des Jahres 2016 und dem jeweiligen Abrechnungsquartal 2018 fortentwickelt - zu subtrahieren.

Die Berücksichtigung der in der Datenlieferung bzw. ANZVER87a ausgewiesenen Personengruppen erfolgt dabei in Anwendung der für die jeweilige Krankenkasse zutreffenden gesamtvertraglichen Regelung.

3.8 Der so kassenspezifisch ermittelte Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal ist wie folgt gemäß Ziffer 2.2.4 des Aufsatzwertbeschlusses fortzuentwickeln:

Die Berücksichtigung der Morbiditätsveränderung gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V erfolgt gem. des Aufsatzwertbeschlusses. Dabei erfolgt die Gewichtung der gemäß des 402. BA-Beschluss (Sitzung am 19.09.2017) berechneten Veränderungsrate zu 50 % anhand der Demografie ($-0,3572 \% \cdot 50 \% = -0,1786 \%$) und zu 50 % anhand der Diagnosen ($-0,3610 \cdot 50 \% = -0,1805 \%$). Der Aufsatzwert wird damit um 0,3591 % abgesenkt.

3.9

3.9.1 Anschließend sind gem. Ziffer 2.2.4 Absatz 2 des Aufsatzwertbeschlusses die für das aktuelle Abrechnungsquartal aktualisierten vertragsübergreifenden Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten der Krankenkasse, multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenzahl der Krankenkasse im Vorjahresquartal, zu addieren.

3.9.2 Für Neueinschreiber in bzw. Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen erfolgt danach eine Differenzbereinigung gemäß des Bereinigungsbeschlusses. Es sind außer in den Fällen der Ziffern 3.9.3 und 3.9.4 zwingend die Regelungen gesonderter Bereini-

gungsvereinbarungen zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der KV Hamburg zu berücksichtigen.

3.9.3 In Fällen der KV-übergreifenden Bereinigung gemäß Nr. 4.5 des Bereinigungsbeschlusses, in denen die Krankenkasse oder der für sie zuständige Partner der Gesamtverträge verlangt, dass das geltende Bereinigungsverfahren der Vertrags-KV umgesetzt wird, sind die hierzu getroffenen verbindlichen Vorgaben des Bereinigungsbeschlusses und etwaiger Folgebeschlüsse einzuhalten und anzuwenden.

3.9.4 Das gleiche gilt für Fälle, in denen Krankenkassen gemäß Nr. 4.7 des Bereinigungsbeschlusses auf eine Bereinigung verzichten können.

3.10 Die Partner dieser Vereinbarung schreiben die Regelung gem. Ziffer 3.13 aus der Honorarvereinbarung 2017 zur basiswirksamen Umsetzung im Jahre 2018 entsprechend fort. Der sich bei Anwendung der Regelungen in § 87a Absatz 4a Sozialgesetzbuch (SGB V) ergebende Betrag beträgt 4,2 Mio EUR („Konvergenz“). Die basiswirksame Erhöhung der MGV erfolgt schrittweise in Höhe von 2,1 Mio EUR für 2017 und weiteren 2,1 Mio EUR für 2018. Für die basiswirksame Erhöhung des Behandlungsbedarfs 2018 werden 2,1 Mio EUR gleichmäßig auf die vier Quartale des Jahres 2018 verteilt. Die sich ergebenden Quartalswerte werden nach dem Aufteilungsschlüssel gemäß Ziffer 3.6.1 dieser Honorarvereinbarung 2018 auf die Kassen aufgeteilt und anschließend durch den regionalen Punktwert nach Ziffer 2 dividiert. Die sich hieraus ergebenden kassenspezifischen Punktzahlvolumina werden zu dem Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.9 hinzuaddiert.

3.11 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 Beachtung der diesbezüglichen Empfehlungen des BA gem. § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V begründet werden. Insbesondere kann keine Nachschusspflicht aus Regelungen zur Honorarverteilung resultieren.

3.12 Für den Fall von Kassenfusionen vereinbaren die Vertragspartner, dass soweit zwischen den jeweiligen Gesamtvertragspartnern nicht etwas anderes vereinbart ist, der kassenspezifische Anteil gemäß Ziffer 3.6.1 der Summe der Anteile der fusionierten Krankenkassen entspricht.

4. Extrabudgetär vergütete Leistungen

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

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

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

4.3 Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

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

4.5 Leistungen des Hautkrebsscreenings nach der GOP 01745, 01746,

4.6 Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

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

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

4.9 Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:

01510X bis 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08540 bis 08542, 08540X bis 08542X, 08550 bis 08552, 08550X bis 08552X, 08560, 08560X, 08561, 08561X, 08570 bis 08574, 08570X bis 08574X, 11301X, 11302X, 11351X, 11352X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X und 36822X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X und 32781X.

Der vorstehende und ggf. nach Maßgabe der KV Hamburg 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 01949 bis 01952 sowie nach der GOP 01960,

4.11 Excisionen beim Hautkrebsscreening nach den GOP 10343 und 10344,

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

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

4.14 NN

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

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

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

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

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

4.20 Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882 „Laborleistungen im Zusammenhang mit der GOP 01732 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 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956,

4.26 Leistungen des Kapitels 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150) der in § 87b Absatz 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen („Psychotherapie“),

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

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

4.29

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

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

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

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

4.30 NN

4.31 Leistung gemäß GOP 34601 (Osteodensitometrische Untersuchung II),

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

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

4.34 NN

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

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

4.37 die Kostenpauschale nach der GOP 40582 („Sachkosten im Zusammenhang mit der Radionuklidtherapie bei Verwendung von Radium-223-dichlorid“),

4.38

(1) Die GOP 99345 und 99315 als Zuschlag auf die GOP 86510 oder 86512 nach der „Onkologie-Vereinbarung“.

(2) Die GOP 99345 kann nur von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe abgerechnet werden, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der „Onkologie-Vereinbarung“ verfügen. Die Leistungsinhalte, Abrechnungsbestimmungen und Abrechnungsausschlüsse der GOP 08345 EBM gelten ebenso für die GOP 99345.

(3) Die GOP 99315 kann nur von Fachärzten für Urologie abgerechnet werden, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der „Onkologie-Vereinbarung“ verfügen. Die Leistungsinhalte, Abrechnungsbestimmungen und Abrechnungsausschlüsse der GOP 26315 EBM gelten ebenso für die GOP 99315.

(4) Die GOP 99345 und 99315 werden jeweils mit einer Punktzahl von 191 Punkten bewertet. Den Vertragspartnern ist bewusst, dass sich die Höhe der vorstehenden Bewertung aus der Bewertung der GOP 08345 bzw. 26315 EBM ergibt und zukünftige Änderungen dieser EBM-Bewertung entsprechende Anpassungen des Zuschlags zur Folge haben,

4.39 Leistungen der Rheumatologie nach den GOP 13690 bis 13692,

4.40 Leistungen nach den GOP des Abschnitts 34.7 EBM sowie die Kostenpauschale 40584 („Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)“),

4.41 Leistungen nach den GOP 30800 bis 31.03.2018, 30810 und 30811 („Verordnung von Soziotherapie“),

4.42 Leistungen nach den GOP 30980, 30981, 30984, 30985, 30986 und 30988 („spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung gemäß § 118a SGB V“),

4.43 Leistungen nach den GOP 11449 und 11514 EBM sowie den Abschnitten 19.4.2 und 19.4.4 EBM („humangenetische Leistungen“),

4.44 Leistungen nach den GOP 38200, 38202, 38205 und 38207 („Delegationsfähige Leistungen“),

4.45 Leistungen nach den GOP 37100, 37102, 37105, 37113 und 37120 („ärztliche Kooperations- und Koordinationsleistungen nach § 119b Abs. 2 SGB V“),

4.46 Leistungen nach den GOP 11304, 19406, 32865 und 32911 („Humangenetische Leistungen“),

4.47 die Kostenpauschale nach der GOP 40306 („Kosten im Zusammenhang mit der Qesü-RL für Perkutane Koronarinterventionen [PCI] und Koronarangiographien“),

4.48 Leistungen nach den GOP 01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701 („Medikationsplan“),

4.49 die GOP 01450 EBM („Videosprechstunde“),

4.50 NN

4.51 die GOP 34800, 34810, 34820 und 34821 („Telekonsile“),

4.52 die GOP 03355, 04590 und 13360 EBM („kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM)“),

4.53 die GOP 35151 und 35152 EBM („Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung“),

4.54 die GOP 22220 und 23220 EBM („Psychotherapeutische Gespräche - Einzelbehandlung“),

4.55 Leistungen nach den GOP 01702 und 01703 („Pulsoxymetrie-Screening“),

4.56 Leistungen nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM („Palliativmedizinische Versorgung“),

4.57 Leistungen nach dem Abschnitt 37.3 EBM („besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“),

4.58 Leistungen nach den GOP 02325 bis 02328 („Epilation mittels Laser“),

4.59 Leistungen nach den GOP 01460, 01461 und 01626 (Verordnung von Cannabis),

4.60 Leistungen nach den GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943 und 32948 bis 32949 (HLA-Antikörperdiagnostik).

4.61 die GOP 08312, 08313, 26316 und 26317, die Kostenpauschale 40161 sowie die GOP 08311, 26310 und 26311, die in derselben Sitzung mit den Gebührenordnungspositionen 08312 oder 26316 erbracht werden (transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin),

Die Kennzeichnung von Zystoskopen nach den Gebührenordnungspositionen 08311, 26310 und 26311 bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin nach den Gebührenordnungspositionen 08312 bzw. 26316 durchgeführt wird, erfolgt anhand bundeseinheitlich kodierter Zusatzkennzeichen.

4.62 die GOP 01640, 01641 und 01642 („Notfalldatenmanagement“),

4.63 Kostenpauschalen 86900 (Versendung e-Arztbrief) und 86901 (Empfangen e-Arztbrief) gemäß der Richtlinie über die Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291f SGB V,

4.64 ab dem 01.04.2018 Leistungen nach der GOP 01611 („Verordnung von medizinischer Rehabilitation“),

4.65 ab dem 01.07.2018 Leistungen nach den GOP 32459 („Procalcitonin (PCT)“), 32774 und 32775 („Zuschläge für die Durchführung von phänotypischen Bestätigungstesten“),

4.66 ab dem 01.10.2018 Leistungen nach den GOP 34298 (Zuschlag für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei koronarer Herzkrankheit) und 40301 (Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34298),

4.67 ab dem 01.10.2018 Leistungen nach den GOP 30210, 30212, 30216 und 30218 („Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“),

4.68 ab dem 01.01.2018 Leistungen nach der GOP 01650 („Zuschlag Qesü-RL, nosokomiale Infektionen“).

5. Zuschläge auf besonders förderungswürdige Leistungen

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

Zur Begründung wird darauf verwiesen, dass die Zahl der Patienten mit allergischen Erkrankungen weltweit, vor allem in den Industrienationen, zunimmt. Experten schätzen, dass nur etwa 10 % der allergischen Patienten entsprechend den aktuellen Leitlinien behandelt werden. Zudem ist die Behandlung sehr langwierig und dauert 3 Jahre. Durch das Abstellen auf den Abschluss der 3jährigen Behandlung wird gleichzeitig die Wirtschaftlichkeit gefördert, da sichergestellt wird, dass die Erfolgschancen bei vollständiger Durchführung der Immuntherapie steigen.

Für die Patienten ist die Behandlung mit Unannehmlichkeiten verbunden, weshalb das Thema „Compliance“ eine wichtige Rolle spielt. Den Vertragspartner ist bewußt, dass ein Anstieg der Gesamtzahl von allergischen Patienten im Gegensatz zu einem gleichzeitig unterproportionalen Anteil von Patienten, die eine spezifische Immuntherapie erhalten, existiert. Infolge dessen könnten zusätzliche Kosten im Gesundheitswesen durch die Progredienz der Erkrankungen entstehen, z. B. durch eine Zunahme des allergischen Asthmas.³ Ebenso ist die medikamentöse Behandlung allergische Symptome unter Kostengesichtspunkten zu berücksichtigen und unter medizinischen Gesichtspunkten mit Blick auf mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten ggf. problematisch.

Deshalb ist es insbesondere vor dem Hintergrund vom Ausbleiben schwerer Erkrankungen bei einer erfolgreichen Durchführung der Hyposensibilisierung geradezu wünschenswert und versorgungspolitisch notwendig, wenn diese Behandlungen im Einzelfall durch diese zusätzliche Förderung als Zuschlag erfolgreich zu Ende geführt.

³ Biermann J., Merk H., Wehrmann W., Klimek L., Wasem J., Allergische Erkrankungen der Atemwege - Ergebnisse einer umfassenden Patientenkohorte in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, Allergo J 2013; 22(6) 366 - 73.

6. Wegepauschalen

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

6.1. Für jeden Besuch nach den GOP 01410, 01411, 01412, 01721, 01415 oder 01418 sowie für die erste Visite nach der GOP 01414 genannten Einrichtungen sowie einmal zu Leistungen nach der GOP 05230 eine Wegepauschale nach Wegebereichen und Besuchszeiten in folgender Höhe:

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

3,53 EUR (Abrechnungsnummer: 97234);

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

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97235);

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

10,14 EUR (Abrechnungsnummer: 97236);

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

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97237);

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

10,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97238);

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

14,55 EUR (Abrechnungsnummer: 97239);

- g) Pauschale für einen Besuch nach den 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:

11,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97160);

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

16,32 EUR (Abrechnungsnummer: 97161).

6.2. Die Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet. Die KV Hamburg 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 KV Hamburg 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 gem. der Verträge über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen vom 13.03.2006 in der jeweils gültigen Fassung zu zahlenden Pauschalbetrag. Dies gilt nicht für Leistungen, die von Vertragsärzten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten sowie bei gegenseitiger Vertretung erbracht werden.

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

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

7. Belegärztliche Leistungen

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

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

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

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

- a) Leistungen, für die in der regionalen EUR-Gebührenordnung bei belegärztlicher Leistungserbringung ein Abschlag vorgesehen ist, werden entsprechend bewertet.

- b) Leistungen der Kapitel 33 und 34 der regionalen EUR-Gebührenordnung werden mit 60 % der Sätze der Gebührenordnung bewertet; können diese Leistungen im Belegkrankenhaus nicht erbracht werden, werden sie mit den Sätzen der Gebührenordnung bewertet.
- c) Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen des Kapitels 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung, die mit mindestens 6,00 EUR bewertet sind, werden mit den Sätzen der regionalen EUR-Gebührenordnung bewertet. Die Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen aus dem Kapitel 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in § 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte genannten Voraussetzungen erfüllt sind.
- d) Alle übrigen Leistungen, die in der regionalen EUR-Gebührenordnung mit mehr als 6,00 EUR bewertet oder als Zuschlag beschrieben sind, werden mit dem vollen Satz der regionalen EUR-Gebührenordnung bewertet.
- e) Leistungen, die in der regionalen EUR-Gebührenordnung mit weniger als 6,00 EUR bewertet sind, werden nicht vergütet.

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

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

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

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

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.

- a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitchaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.

Die Krankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.

Der Belegarzt hat - ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers - gegenüber der KV Hamburg 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 Pflege-tag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflege-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

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

9. Sachlich-rechnerische Berichtigungen

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

10. Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V

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

11. Kostenerstattung

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

12. Verspätet eingereichte Behandlungsausweise

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 Leis-

tungserbringung. Den Krankenkassen dürfen durch die Zurechnung verspätet eingereichter Behandlungsausweise gegenüber dem Quartal der Erbringung der Leistung keinerlei zusätzliche finanzielle Belastungen entstehen.

13. Sonstiges

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

Hamburg, den 10.04.2018

Anlage 1

zur Honorarvereinbarung 2018

Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg

wird noch ausgeführt

Anlage 2

zur Honorarvereinbarung 2018

Quartal 1/2018

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2018 in Hamburg

Nr.	Ziffer HON 2018	Beschreibung
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im Quartal 1/2017 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	3.2.1	Erhöhung um 0,27 % zur Umsetzung des 403. BA („Umsetzung WOP Ersatzkassen“)
3.	3.2.2	Addition der Summe der kassenspezifischen Ausdeckelungsbeträge des Vorjahresquartals 1/2017 aufgrund der Höherbewertung Psychotherapie gem. des Aufsatzwertebeschlusses inkl. der Änderungen durch den 380. BA-Beschluss [Summe Kassenspezifischer Anteile / (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 1/2016) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 1/2017)]
4.	3.2.3	Addition des Erhöhungsbetrages für den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 09372 bis 09374 und 20372 bis 20374 [je o.g. GOP (Differenzbetrag der alten und neuen Bewertung)* (Häufigkeit der entsprechende GOP im Vorjahresquartal 1/2017 gem. ARZTRG-Dateien) * (KV-Spezifische Abstaffelungsquote gem. Nr. 2.2.1.2. Ziffer 2 Aufsatzwerteabschluss)]
5.	3.3.1	Berücksichtigung des Abgrenzungsbeschlusses im Rahmen des Aufsatzwertebeschlusses gem. Ziffer 2.2.1.2 unter Berücksichtigung der korrigierten ARZTRG-Dateien gem. des 403. BA („Umsetzung WOP Ersatzkassen“) Abzug der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 1 bis 3 der Honorarvereinbarung

6.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung
7.	3.5	Abzug Summe der voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5 der Honorarvereinbarung
8.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten $= 1 + 2 + 3 + 4 - 5 \pm 6 - 7$

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Nr.	Ziffer HON 2018	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
9.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im Quartal 1/2017 in Punkten (Satzart: korrigierte ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK gem. des 403. BA [„Umsetzung WOP Ersatzkassen“]). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert.		
10.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle)		
11.	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 4 und Nr. 5 genannten Leistungen im Quartal 1/2017 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
12.		Angepasste Leistungsmenge in Punkten $= 9 - 10 + 11$		
13.		Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf in Prozent $= 12b / 12a$		

14.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten $= 8 * 13$		
15.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des kassenspezifischen Anteils an der Erhöhung des Behandlungsbedarfes zur Umsetzung des 402. BA (Überführung der GOP 03060 bis 03065 in die MGV) $= 14 + [(Leistungsmenge\ GOP\ 03060\ bis\ 03065\ des\ Vorjahresquartals_IK / Leistungsmenge\ GOP\ 03060\ bis\ 03065\ des\ Vorjahresquartals_SUM) * (6.181.951,3\ Punkte)]$		
16.	3.6.3	Ermittlung und Hinzuaddierung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht $= 15 + \text{kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen}$		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

17.	3.7	Anpassung Versichertenzahl: $= 16$ $/ (\text{Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des Quartals 1/2017})$ $* (\text{Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 1/2018})$		
18.	3.7	Subtraktion der fortentwickelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Psychotherapie gemäß Ziffer 2.2.3 des 383. BA bzw. Ziffer 3.7 der Honorarvereinbarung: $= 17 - [\text{Kassenspezifischer Anteil aus Nr. 3} / (\text{Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 1/2016}) * (\text{Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 1/2018})]$		
19.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate $= 18 + (18 * - 0,3591\%)$		

20.	3.9.1	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 19 + [(auf das Abrechnungsquartal 1/2018 aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten) * (ANZVER87a_IK im Quartal 1/2018 - ANZVER87a_IK im Quartal 1/2017)]
21.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)
22.	3.10	Berücksichtigung des kassenspezifischen Punktzahlvolumens aufgrund der Regelung nach § 87a Abs. 4a SGB V („Konvergenz“)
23.	2.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: = (20 ± 21 + 22) * 0,108584 = Kassenspezifische MGv in Euro

Um nachträgliche Korrekturen des jeweiligen Formblatts 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGv vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGv-Berechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Honorarvereinbarung 2018 vom 10.04.2018

Anlage 2 zur Honorarvereinbarung 2018

Quartal 2/2018

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2018 in Hamburg

Nr.	Ziffer HON 2018	Beschreibung
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im Quartal 2/2017 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	3.2.1	Erhöhung um 0,27 % zur Umsetzung des 403. BA („Umsetzung WOP Ersatzkassen“)
3.	3.2.2	Addition der Summe der kassenspezifischen Ausdeckelungsbeträge des Vorjahresquartals 2/2017 aufgrund der Höherbewertung Psychotherapie gem. des Aufsatzwertebeschlusses inkl. der Änderungen durch den 380. BA-Beschluss [Summe Kassenspezifischer Anteile / (Versichertenanzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 2/2016) * (Versichertenanzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 2/2017)]
4.	3.2.3	Addition des Erhöhungsbetrages für den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 09372 bis 09374 und 20372 bis 20374 [[je o.g. GOP (Differenzbetrag der alten und neuen Bewertung)* (Häufigkeit der entsprechende GOP im Vorjahresquartal 2/2017 gem. ARZTRG-Dateien) * (KV-Spezifische Abstaffelungsquote gem. Nr. 2.2.1.2. Ziffer 2 Aufsatzwertebeschluss)]

5.	3.3.1	Berücksichtigung des Abgrenzungsbeschlusses im Rahmen des Aufsatzwertbeschlusses gem. Ziffer 2.2.1.2 unter Berücksichtigung der korrigierten ARZTRG-Dateien gem. des 403. BA („Umsetzung WOP Ersatzkassen“) Abzug der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 2 bis 4 sowie Hinzuaddieren der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 5 der Honorarvereinbarung
6.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung
7.	3.5	Abzug Summe der voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5 der Honorarvereinbarung
8.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten $= 1 + 2 + 3 + 4 \pm 5 \pm 6 - 7$

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Nr.	Ziffer HON 2018	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
9.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im Quartal 2/2017 in Punkten (Satzart: korrigierte ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK gem. des 403. BA [„Umsetzung WOP Ersatzkassen“]). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MG/EGV-Kennzeichen „1“. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MG/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MG/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MG/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MG/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert.		
10.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle)		
11.	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 4 und Nr. 5 genannten Leistungen im Quartal 2/2017 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
12.		Angepasste Leistungsmenge in Punkten		

		$= 9 - 10 + 11$		
13.		Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf in Prozent $= 12b / 12a$		
14.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten $= 8 * 13$		
15.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des kassenspezifischen Anteils an der Erhöhung des Behandlungsbedarfes zur Umsetzung des 402. BA (Überführung der GOP 03060 bis 03065 in die MGV) $= 14 + [(Leistungsmenge\ GOP\ 03060\ bis\ 03065\ des\ Vorjahresquartals_IK / Leistungsmenge\ GOP\ 03060\ bis\ 03065\ des\ Vorjahresquartals_SUM) * (6.181.951,3\ Punkte)]$		
16.	3.6.3	Ermittlung und Hinzuaddierung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht $= 15 + \text{kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen}$		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

17.	3.7	Anpassung Versichertenzahl: = 16 / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des Quartals 2/2017) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 2/2018)
18.	3.7	Subtraktion der fortentwickelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Psychotherapie gemäß Ziffer 2.2.3 des 383. BA bzw. Ziffer 3.7 der Honorarvereinbarung: = 17 - [Kassenspezifischer Anteil aus Nr. 3 / (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 2/2016) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 2/2018)]
19.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = 18 + (18 * - 0,3591%)
20.	3.9.1	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 19 + [(auf das Abrechnungsquartal 2/2018 aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten) * (ANZVER87a_IK im Quartal 2/2018 - ANZVER87a_IK im Quartal 2/2017)]
21.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)
22.	3.10	Berücksichtigung des kassenspezifischen Punktzahlvolumens aufgrund der Regelung nach § 87a Abs. 4a SGB V („Konvergenz“)
23.	2.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: = (20 ± 21 + 22) * 0,108584 = Kassenspezifische MGW in Euro

Um nachträgliche Korrekturen des jeweiligen Formblatts 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGW vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGW-Berechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Anlage 2
zur Honorarvereinbarung 2018

Quartal 3/2018

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2018 in Hamburg

Nr.	Ziffer HON 2018	Beschreibung
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im Quartal 3/2017 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	3.2.1	Erhöhung um 0,27 % zur Umsetzung des 403. BA („Umsetzung WOP Ersatzkassen“)
3.	3.2.2	Addition der Summe der kassenspezifischen Ausdeckelungsbeträge des Vorjahresquartals 3/2017 aufgrund der Höherbewertung Psychotherapie gem. des Aufsatzwertebeschlusses inkl. der Änderungen durch den 380. BA-Beschluss [Summe Kassenspezifischer Anteile / (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 3/2016) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 3/2017)]
4.	3.2.3	Addition des Erhöhungsbetrages für den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 09372 bis 09374 und 20372 bis 20374 [je o.g. GOP (Differenzbetrag der alten und neuen Bewertung)* (Häufigkeit der entsprechende GOP im Vorjahresquartal 3/2017 gem. ARZTRG-Dateien) * (KV-Spezifische Abstaffelungsquote gem. Nr. 2.2.1.2. Ziffer 2 Aufsatzwertebeschluss)]

5.	3.3.1	Berücksichtigung des Abgrenzungsbeschlusses im Rahmen des Aufsatzwertbeschlusses gem. Ziffer 2.2.1.2 unter Berücksichtigung der korrigierten ARZTRG-Dateien gem. des 403. BA („Umsetzung WOP Ersatzkassen“) Abzug der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 2 bis 4 sowie Hinzuaddieren der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 5 bis 6 der Honorarvereinbarung
6.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung
7.	3.5	Abzug Summe der voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5 der Honorarvereinbarung
8.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 + 2 + 3 + 4 ± 5 ± 6 - 7

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Nr.	Ziffer HON 2018	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
9.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im Quartal 3/2017 in Punkten (Satzart: korrigierte ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK gem. des 403. BA [„Umsetzung WOP Ersatzkassen“]). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MG/EGV-Kennzeichen „1“. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MG/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MG/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MG/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MG/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert.		
10.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle)		
11.	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 4 und Nr. 5 genannten Leistungen im Quartal 3/2017 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
12.		Angepasste Leistungsmenge in Punkten = 9 – 10 + 11		

13.		Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf in Prozent = 12b / 12a		
14.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = 8 * 13		
15.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des kassenspezifischen Anteils an der Erhöhung des Behandlungsbedarfes zur Umsetzung des 402. BA (Überführung der GOP 03060 bis 03065 in die MGV) = 14 + [(Leistungsmenge GOP 03060 bis 03065 des Vorjahresquartals_IK / Leistungsmenge GOP 03060 bis 03065 des Vorjahresquartals_SUM)*(6.181.951,3 Punkte)]		
16.	3.6.3	Ermittlung und Hinzuaddierung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht = 15 + kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

17.	3.7	Anpassung Versichertenzahl: = 16 / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des Quartals 3/2017) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 3/2018)		
18.	3.7	Subtraktion der fortentwickelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Psychotherapie gemäß Ziffer 2.2.3 des 383. BA bzw. Ziffer 3.7 der Honorarvereinbarung: = 17 - [Kassenspezifischer Anteil aus Nr. 3 / (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 3/2016) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 3/2018)]		
19.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = 18 + (18 * - 0,3591%)		
20.	3.9.1	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 19 + [(auf das Abrechnungsquartal 3/2018 aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten) * (ANZVER87a_IK im		

		Quartal 3/2018 - ANZVER87a_IK im Quartal 3/2017)]
21.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)
22.	3.10	Berücksichtigung des kassenspezifischen Punktzahlvolumens aufgrund der Regelung nach § 87a Abs. 4a SGB V („Konvergenz“)
23.	2.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: = $(20 \pm 21 + 22) * 0,108584$ = Kassenspezifische MGW in Euro

Um nachträgliche Korrekturen des jeweiligen Formblatts 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGW vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGW-Berechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Anlage 2
zur Honorarvereinbarung 2018

Quartal 4/2018

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2018 in Hamburg

Nr.	Ziffer HON 2018	Beschreibung
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im Quartal 4/2017 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	3.2.1	Erhöhung um 0,27 % zur Umsetzung des 403. BA („Umsetzung WOP Ersatzkassen“)
3.	3.2.2	Addition der Summe der kassenspezifischen Ausdeckelungsbeträge des Vorjahresquartals 4/2017 aufgrund der Höherbewertung Psychotherapie gem. des Aufsatzwertebeschlusses inkl. der Änderungen durch den 380. BA-Beschluss [Summe Kassenspezifischer Anteile / (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 4/2016) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 4/2017)]
4.	3.2.3	Addition des Erhöhungsbetrages für den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 09372 bis 09374 und 20372 bis 20374 [je o.g. GOP (Differenzbetrag der alten und neuen Bewertung)* (Häufigkeit der entsprechende GOP im Vorjahresquartal 4/2017 gem. ARZTRG-Dateien) * (KV-Spezifische Abstaffelungsquote gem. Nr. 2.2.1.2. Ziffer 2 Aufsatzwertebeschluss)]

5.	3.3.1	Berücksichtigung des Abgrenzungsbeschlusses im Rahmen des Aufsatzwertbeschlusses gem. Ziffer 2.2.1.2 unter Berücksichtigung der korrigierten ARZTRG-Dateien gem. des 403. BA („Umsetzung WOP Ersatzkassen“) Abzug der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 3 bis 4 sowie Hinzuaddieren der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 5 bis 8 der Honorarvereinbarung
6.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung
7.	3.5	Abzug Summe der voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5 der Honorarvereinbarung
8.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten $= 1 + 2 + 3 + 4 \pm 5 \pm 6 - 7$

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Nr.	Ziffer HON 2018	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
9.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im Quartal 4/2017 in Punkten (Satzart: korrigierte ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK gem. des 403. BA [„Umsetzung WOP Ersatzkassen“]). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MG/EGV-Kennzeichen „1“. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MG/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MG/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MG/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MG/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert.		
10.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle)		
11.	3.6.1	Anpassung um die Leistungsmengen für die in Nr. 4 und Nr. 5 genannten Leistungen im Quartal 4/2017 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
12.		Angepasste Leistungsmenge in Punkten $= 9 - 10 + 11$		

13.		Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf in Prozent = 12b / 12a		
14.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = 8 * 13		
15.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des kassenspezifischen Anteils an der Erhöhung des Behandlungsbedarfes zur Umsetzung des 402. BA (Überführung der GOP 03060 bis 03065 in die MGV) = 14 + [(Leistungsmenge GOP 03060 bis 03065 des Vorjahresquartals_IK / Leistungsmenge GOP 03060 bis 03065 des Vorjahresquartals_SUM)*(6.181.951,3 Punkte)]		
16.	3.6.3	Ermittlung und Hinzuaddierung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht = 15 + kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumens		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

17.	3.7	Anpassung Versichertenzahl: = 16 / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des Quartals 4/2017) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 4/2018)
18.	3.7	Subtraktion der fortentwickelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Psychotherapie gemäß Ziffer 2.2.3 des 383. BA bzw. Ziffer 3.7 der Honorarvereinbarung: = 17 - [Kassenspezifischer Anteil aus Nr. 3 / (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 4/2016) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 4/2018)]
19.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = 18 + (18 * - 0,3591%)
20.	3.9.1	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 19 + [(auf das Abrechnungsquartal 4/2018 aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten) * (ANZVER87a_IK im Quartal 4/2018 - ANZVER87a_IK im Quartal 4/2017)]
21.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)
22.	3.10	Berücksichtigung des kassenspezifischen Punktzahlvolumens aufgrund der Regelung nach § 87a Abs. 4a SGB V („Konvergenz“)
23.	2.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: = (20 ± 21 + 22) * 0,108584 = Kassenspezifische MGW in Euro

Um nachträgliche Korrekturen des jeweiligen Formblatts 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGW vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGW-Berechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2018

Rechenweg des regionalen Punktwertzuschlags gem. Nr. 2 der Honorarvereinbarung 2018 (nach Dau, 2013; lt. BSG-Urteil 2017)

- basierend auf drei volkswirtschaftliche Indikatoren
 - Arbeitnehmerentgelt je Arbeitnehmer₁
 - Arbeitnehmerentgelt je geleisteter Arbeitsstunde₂
 - Bruttoinlandsprodukt je Einwohner₃
- es sind jeweils die Werte des (Vor-)jahres anzusetzen;
- als allgemein zugängliche Quelle dient das Gemeinsame Datenangebot der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder → <http://www.vgrdl.de/VGRdL/> (für die Berechnung des regionalen Punktwertzuschlags des Jahres 2018 wird abschließend der Berechnungsstand: August 2017 / Februar 2018 verwendet. Spätere Korrekturen der verwendeten Berechnungsgrundlagen durch die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder bleiben unberücksichtigt.)
- im Folgenden werden die Ergebnisse der Berechnungsschritte 1. bis 5. sowie 7. in Prozent [%] und die Ergebnisse der Berechnungsschritte 6.1 bis 6.3 in EuroCent [cent] ausgewiesen

1. Prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

je volkswirtschaftlicher Indikator_{1,2,3} gilt: $a_{1,2,3} = ((\text{Wert_HH} / \text{Wert_Bund}) * 100) - 100$

2. Durchschnittliche, prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

arithmetisches Mittel der prozentualen Abweichungen $a_{1,2,3}$: $\bar{a} = 1/3 * (a_1 + a_2 + a_3)$

3. Schätzung der prozentualen Abweichung arztpraxisrelevanter Kosten $b_{\text{Praxiskosten}}$ in Hamburg vgl. zum Bund

auf Grundlage der durchschnittlichen, prozentualen Abweichung $\bar{a}$ (HH vs. Bund) der volkswirtschaftlichen Indikatoren gilt: $b_{\text{Praxiskosten}} = (\bar{a} / 2) - 1 \%$

4. Schätzung des prozentualen Honorarzuschlags $c_{\text{Personal/Miete}}$ zum Ausgleich höherer Praxiskosten in Hamburg vgl. zum Bund

$b_{\text{Praxiskosten}}$ gilt mindestens für den Kostenblock Personal & Miete, für den ein Arzt etwa 30 % der Praxiskosten aufbringt, daher gilt: $c_{\text{Personal/Miete}} = b_{\text{Praxiskosten}} * 30 \%$

5. Anpassung des Zuschlags $c_{\text{Personal/Miete}}$ aufgrund der betriebswirtschaftlichen Attraktivität Hamburgs

Begrenzung des prozentualen Zuschlags um 1/3 der Schätzung:

$$c_{\text{Personal/Miete}}^{**} = c_{\text{Personal/Miete}} - (c_{\text{Personal/Miete}} / 3)$$

6. Anpassung des Zuschlags unter Berücksichtigung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr

6.1 Berechnung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr

$$d_{\text{OPW_Differenz}} [\text{cent}] = \text{OPW}_{\text{aktuell}} [\text{cent}] - \text{OPW}_{\text{Vorjahr}} [\text{cent}]$$

6.2 Berechnung des Zuschlags basierend auf $\text{OPW}_{\text{Vorjahr}}$:

$$e_{\text{Zuschlag_OPW Vorjahr}} [\text{cent}] = \text{OPW}_{\text{Vorjahr}} [\text{cent}] * c_{\text{Personal/Miete}}^{**}$$

6.3 Berechnung des aktuellen Zuschlags abzüglich der Steigerung des OPWs zum Vorjahr

$$f_{\text{Zuschlag-OPWSteigerung}} [\text{cent}] = e_{\text{Zuschlag_OPW Vorjahr}} [\text{cent}] - d_{\text{OPW_Differenz}} [\text{cent}]$$

7. Berechnung des prozentualen, regionalen Punktwertzuschlags x

$$x = (f_{\text{Zuschlag-OPWSteigerung}} [\text{cent}] / \text{OPW}_{\text{aktuell}} [\text{cent}]) * 100$$

Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2018

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

2. 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.

3. Sind Falschabrechnungen von Leistungen innerhalb der MGV für vergangene Abrechnungszeiträume aufgrund Rechnungsprüfung nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) 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. Diese 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. Das Nähere ist in der Anlage 2 dieser Vereinbarung geregelt.

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

4. Infolge der Vereinbarung eines Rechenweges für die Ermittlung des Punktwertzuschlages in 2018 gem. Ziffer 2 in Verbindung mit Anlage 3 dieser Honorarvereinbarung und entsprechenden Nachtragsregelungen zu den Honorarvereinbarungen 2014 bis 2017 fand endgültig eine Neuberechnung der Punktwertzuschläge für die Jahre 2014 bis 2017 auf Basis der Statistikdaten Berechnungsstand: August 2017 / Februar 2018 statt.

Die Punktwertzuschläge für die Jahre 2014 bis 2017 - wie sie in den jeweiligen Nachträgen vereinbart wurden - betragen demnach:

Jahr	Neue Zuschlag in Cent	Abweichung in Cent
2014	0,1939	-0,0171
2015	0,1995	-0,0145
2016	0,1712	-0,0462
2017	0,2485	0,0292

Die sich für jedes Quartal I bis IV der Jahre 2014 bis 2017 ergebenden Beträge (positiv oder negativ) sind jeweils gesondert im entsprechenden Quartal I bis IV/ 2018 im bereichseigenen Formblatt 3 in KV-spezifischen Vorgängen auszuweisen und mit der jeweiligen Schlussrechnung für die Quartale I - IV/2018 anzufordern bzw. zu erstatten.

Eine Saldierung der jeweiligen Beträge im Rechnungsbrief für die jeweilige Schlussrechnung des Quartals I bis IV/2018 ist zulässig.

Die Fälligkeit der Rückzahlungs- bzw. Nachzahlungsbeträge tritt zum Zeitpunkt der Fälligkeit der jeweiligen Schlussrechnung für die Quartal I bis IV/2018 ein.

Die KV Hamburg wird eine Korrektur der Vergütungen von bereichsfremden Versicherten der KVH gegenüber den jeweiligen Wohnort-KVen im Rahmen der Richtlinie über den Fremdkassenzahlungsausgleich vornehmen.

Die Vertragspartner werden die vorstehenden Regelungen auch zum Gegenstand der Nachträge zu den Honorarvereinbarungen 2014 bis 2017 machen.

5. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, zukünftig (erstmalig für das Jahr 2019) für die Ermittlung von regionalen Punktwertzuschlägen nach Anlage 3 den Berechnungsstand der statistischen Ämter des Bundes und der Länder zu nutzen, welcher zum 31.10. p.a. gem. § 87a Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 SGB V veröffentlicht ist. Liegen zu diesem Zeitpunkt die maßgeblichen Werte noch nicht vor, ist der nächstverfügbare Berechnungsstand maßgebend. Bereits vereinbarte Punktwertzuschläge werden aufgrund von rückwirkenden Statistikrevisionen zukünftig nicht mehr angepasst.

6. Es besteht Einvernehmen darüber, die Regelung nach Ziffer 3.3.2 für die Förderungszeit bzw. bis zur Ausschöpfung des Fördertopfes mit dem Ziel der Basiswirksamkeit in der MGW in den nachfolgenden Honorarvereinbarungen fortzuschreiben.

7. Die Vertragspartner treffen für alle in dieser Honorarvereinbarung umgesetzten Beschlüsse des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses, deren Umsetzung auch Zeiträume mitumfasst, die über das Jahr 2018 hinausgehen, die nachfolgenden Feststellungen und werden diese in der Protokollnotiz für die Folgejahre fortführen und unter Berücksichtigung etwaiger Folgebeschlüsse umsetzen. Dies betrifft insbesondere folgende Beschlüsse:

- a) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 407. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab 01.01.2019 die Gebührenpositionen für psychotherapeutische Gespräche (Einzelbehandlung) 22220 und 23220 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurück zu überführen sind (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in der Honorarvereinbarung 2019 umgesetzt.
- b) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 408. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab 01.10.2019 die Gebührenpositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurück zu überführen sind (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in der Honorarvereinbarung 2019 umgesetzt.
- c) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 54. EBA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab 01.07.2021 die Gebührenpositionen 32459, 32774 und 32775 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen sind (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Das bedeutet ferner, dass ab dem 01.07.2018 bis einschließlich 30.06.2019 (2. Quartal 2019) der Behandlungsbedarf je Quartal um 318.124 Punkte erhöht wird. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2019 übernommen.
- d) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 417. BA (schriftliche Beschlussfassung) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.10.2018 bis einschließlich 30.09.2019 (3. Quartal 2019) der Behandlungsbedarf je Quartal um 105.665 Punkte erhöht wird.
- e) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 416. BA (schriftliche Beschlussfassung) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.04.2020, vorbehaltlich einer anderslautenden Entscheidung des BA, die Gebührenposition 01611 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen ist (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Dabei wird die anzuwendende Abstaffe-

lungsquote auf eins gesetzt. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2019 übernommen.

- f) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 53. EBA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass bis zum 01.01.2021 die Gebührenposition 01641 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen ist, sofern die Voraussetzungen des 53. EBA Teil B Nr. 3 vorliegen. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2019 übernommen.
- g) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 426. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.10.2020, vorbehaltlich einer anderslautenden Entscheidung des BA, die Gebührenpositionen 34298 und 40301 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen sind (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2019 übernommen.
- h) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 426. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.10.2020, vorbehaltlich einer anderslautenden Entscheidung des BA, die Gebührenpositionen 30210, 30212, 30216 und 30218 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen sind (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2019 übernommen.

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 Personenkreise (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 5

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der Knappschaft
vom 25.11.2011
in der Fassung des 9. Nachtrages vom 27.05.2015

Vereinbarung

über die

Vergütung der ärztlichen Leistungen im Rahmen

des Mammographie-Screenings

in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Redaktionelle Anpassung: ehem.

Ergänzungsvereinbarung vom 10.08.2009

in der Fassung des 1. Nachtrages vom 15.12.2009)

§ 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 zu Preisen der jeweils gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung.

(2) Für die Kosten der Leistungserbringung gilt Abschnitt 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM. Die Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf in der jeweils gültigen Fassung findet Anwendung.

(3) Mit den vorstehenden Vergütungsregelungen sind alle Kosten, die zusätzlich zu den Kosten der Leistungserbringung des Mammographie-Screenings entstehen, abgegolten. Davon ausgenommen sind Kosten der zentralen Stelle und die Wegebaukosten.

(4) Die Leistungen werden über die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg abgerechnet.

§ 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 01.04.2006 in Kraft. Er kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Kalenderjahr gekündigt werden. Die Kündigung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

Hamburg, den 27.05.2015

PROTOKOLLNOTIZ

zur Anlage 5

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH und der Knappschaft
vom 25. November 2011 in der Fassung des 9. Nachtrages vom 27.05.2015

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Festsetzung des regionalen Punktwertes für 2013 durch den Schiedsspruch des Landesschiedsamtes in seiner Sitzung am 15.08.2013 in Bezug auf den festgesetzten Zuschlag von 2,083 % unter dem Aktenzeichen L 5 KA 68/13 KL Gegenstand einer Klage vor dem Landessozialgericht Hamburg ist.

Vor diesem Hintergrund finden Nr. 4 der Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2015 und etwaige Fortschreibungen dieser Nr. 4 in Honorarvereinbarungen in den nachfolgenden Jahren auch auf diese Vereinbarung Anwendung.

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 zum Gesamtvertrag KBV/Knappschaft vom
01.01.2008)

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	94700	285,- € pro Patient pro Quartal
Die Pauschale ist nur bei der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF = Mukoviszidose; ICD E84,- G) abrechnungsfähig		

§ 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 KVV, 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.

Hamburg, den 11.06.2010

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 sicherzustellen:

- 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 zum Gesamtvertrag KBV/Knappschaft vom
01.01.2009)

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 Honorarabrechnung in Ansatz zu bringen. Hinsichtlich 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 1. 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 EUR	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.

Anlage 8

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der Knappschaft
vom 25.11.2011

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

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 Versorgungsbe-
reich 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 Versichertenanzahl 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

[illegible]

Anlage 9

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der Knappschaft
vom 25.11.2011

Vereinbarung

**zur Durchführung des Screenings multiresistenter gramnegativer
Erreger (MRGN) im Vorwege von Krankenhausbehandlungen**

vom 1. Juli 2014
i. d. F. des Nachtrages
mit Wirkung zum 1. Januar 2016

Diese gemeinsam und einheitlich geschlossene Vereinbarung zur Durchführung des Screenings multiresistenter gramnegativer Erreger (MRGN) wird als

- 40. Nachtrag** zum Gesamtvertrag der **AOK Rheinland/Hamburg** als Anlage **P**,
- 39. Nachtrag** zum Gesamtvertrag des **BKK-Landesverbandes NORDWEST** als Anlage **M**,
- 36. Nachtrag** zum Gesamtvertrag der **IKK classic** als Anlage **M**,
- 11. Nachtrag** zum Gesamtvertrag der **Knappschaft** als Anlage **9** und
- 44. Nachtrag** zum Gesamtvertrag der **Ersatzkassen in Hamburg** als Anlage **Q**

Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Präambel

Vorwiegendes Ziel dieser Vereinbarung ist die Ermittlung derjenigen Risikopatienten, die mit multiresistenten gramnegativen Keimen besiedelt oder infiziert sind, um die Reduktion der Übertragungen der Erreger zu ermöglichen.

Da bisher gesetzlich kein ambulantes Screening auf MRGN im Vorwege von Krankenhausbehandlungen gefordert ist, soll anhand des hier verankerten Screenings von Risikogruppen sowohl die Prävalenz von MRGN-Trägern bei Aufnahme in Hamburger Krankenhäusern ermittelt werden als auch eine solide Datenbasis für die Evaluation weiterer Präventivmaßnahmen geschaffen werden.

§ 1 - Teilnahmeberechtigte Ärzte

- (1) Die Genehmigung zur Abrechnung der in - **Anlage 1** - beschriebenen Leistungen kann von allen im Bereich der KV Hamburg zugelassenen Vertragsärzten bei der KV Hamburg beantragt werden. Dem formlosen Antrag ist der entsprechende Fachkundenachweis in Form einer Schulung mit entsprechender Zertifizierung, die auch online erworben werden kann, beizufügen. Über den Antrag entscheidet die KV Hamburg.
- (2) Die Laborziffern können nur von durch die KV Hamburg zugelassenen Vertragsärzten für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie abgerechnet werden.
- (3) Die KV Hamburg führt ein Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte und übersendet dieses quartalsweise an die Vertragspartner.

§ 2 - Risikopatienten

Nach § 1 Abs. 1 qualifizierte Vertragsärzte führen die in Anlage 1 bezeichneten Leistungen bei Risikopatienten durch, bei denen eine elektive stationäre Krankenhausbehandlung indiziert ist. MRGN-Risikopatienten sind in - **Anlage 2** - definiert.

§ 3 - Screening-Maßnahmen

- (1) Bei den zu screenenden Patienten ist ein Abstrich im Nasen-/Rachenraum und ein Abstrich rektal zu nehmen und, wenn vorhanden, ein Abstrich von chronischen Wunden und/oder Kathetern.
- (2) Das Screening muss in einem Zeitraum von 7 - 14 Tagen vor geplanter Krankenhausaufnahme erfolgen und durch den einweisenden Arzt oder in dessen Auftrag durchgeführt werden.
- (3) Die Informationsweitergabe des Befundes an das Krankenhaus ist durch den screenenden Arzt sicherzustellen. Dies gilt sowohl für positive wie für negative Befunde.
- (4) Die Übermittlung des positiven Befundes an das Krankenhaus erfolgt mittels des „Hamburger Begleitbogens“ gemäß - **Anlage 3b** -, negative Befunde werden anhand des Begleitbogens nach - **Anlage 3a** - übermittelt.

§ 4 - Vergütung

- (1) Die Vergütung für die nach diesem Vertrag zu erbringenden vertragsärztlichen Leistungen für teilnehmende Versicherte gemäß Anlage 1 erfolgt seitens der Krankenkasse gegenüber der KV Hamburg außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- (2) Die Vergütung wird nur für vertragsgemäß erbrachte Leistungen gezahlt.
- (3) Die vertragsärztlichen Leistungen für Versicherte werden nach Maßgabe der jeweils geltenden Abrechnungsregelungen der KV Hamburg vergütet, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird.
- (4) Die Befundübermittlung an das Krankenhaus nach § 3 Abs. 4 dieser Vereinbarung erfolgt ohne gesonderte Vergütung.

§ 5 - Evaluation

Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass eine Evaluation der Screening-Maßnahmen erforderlich ist. Einzelheiten hierzu werden in einer Rahmenvereinbarung unter Einbeziehung der Krankenhäuser und der BGV geregelt. Sofern diese Rahmenvereinbarung nicht binnen eines Jahres nach Inkrafttreten der vorliegenden Vereinbarung zustande gekommen ist, tritt die vorliegende Vereinbarung automatisch außer Kraft, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

§ 6 - Datenschutz

Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich, bei Erhebung, Verarbeitung, Nutzung, Speicherung und Weitergabe personenbezogener Daten die datenschutzrechtlichen Vorschriften - insbesondere den Sozialdatenschutz nach dem SGB V und die ärztliche Schweigepflicht einzuhalten sowie ihre Mitarbeiter auf die Einhaltung des Datengeheimnisses zu verpflichten.

§ 7 - Abrechnung

- (1) Die erbrachten Leistungen sind von den teilnehmenden Ärzten im Rahmen der regulären Abrechnung über die KV Hamburg abzurechnen. Die KV Hamburg ist berechtigt, die Verwaltungskostenbeiträge nach ihrer Satzung in der jeweils gültigen Fassung gegenüber den teilnehmenden Ärzten bei der Honorarabrechnung in Ansatz zu bringen.
- (2) Hinsichtlich der Abrechnung durch die KV Hamburg, der Zahlungstermine, der rechnerisch/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages. Die KV Hamburg rechnet die Vergütungspauschalen mit der Quartalsabrechnung gegenüber der Krankenkasse ab.
- (3) Der Datenaustausch zum Abrechnungsverfahren erfolgt auf der Grundlage des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern. Die Abrechnung der in diesem Vertrag vereinbarten Vergütungen erfolgt gemäß § 295 SGB V über die KV Hamburg. Die Ausweisung erfolgt im Formblatt 3 im Konto 400, Kapitel 87 auf der Ebene 6. Sofern eine anderweitige Ausweisung durch Änderung der Formblatt-3-Inhaltsbeschreibungen notwendig wird, verständigen sich die Vertragspartner über die dann neue Ausweisung in Form eines Schriftwechsels.

§ 8 - Laufzeit und ordentliche Kündigung

Der Vertrag tritt am 1. Juli 2014 in Kraft. Er kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Kalenderhalbjahr gekündigt werden, mit der Folge, dass er für alle Vertragspartner seine Gültigkeit verliert.

Sollten Screening-Leistungen auf MRGN in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen werden, besteht für die Vertragspartner ein Sonderkündigungsrecht für den vorliegenden Vertrag. Die Kündigung ist zum Termin des Inkrafttretens der Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs möglich.

§ 9 - Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar oder nichtig sein bzw. nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar oder nichtig werden, so wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrags im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren oder nichtigen Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen beziehungsweise nichtigen oder undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist.

Hamburg, den 24.06.2014

Leistung	GOP	Summe
Anamnese mit Statuserhebung auf Dokumentationsbogen: Risiken und Screening-Plan - nur zusammen mit Ziffer 96771 a/b abrechenbar -	96770	3,55 EUR
Nasen-/Rachen-, Wund-, Katheterabstrich bei jedem Risikopatienten - nur 1x pro Behandlungsfall abrechenbar -	96771 A	2,00 EUR
Rektalabstrich bei jedem Risikopatienten - nur 1x pro Behandlungsfall abrechenbar -	96771 B	3,00 EUR
Beratung und Betreuung Risikopatient bei positivem MRGN Ergebnis, ggf. unter Einbeziehung der Kontaktpersonen; je vollendete 10 min - maximal 4x pro Behandlungsfall abrechenbar - - Voraussetzung für die Abrechnung ist die endstellige Kodierung einer gesicherten Diagnose gemäß Kap. U80.! bzw. Kap. U81.-! ICD-10	96772	8,65 EUR
Telefonischer Kontakt bei 3 MRGN-Befund zwischen dem Vertragsarzt und dem benannten Krankenhausansprechpartner gemäß der von der HKG bereitgestellten Liste der Ansprechpartner zur Durchführung des Vertrages. Abklärung der Grunderkrankung und der daraus resultierenden elektiven Krankenhauseinweisung unter besonderer Berücksichtigung des zusätzlichen 3 MRGN-Befundes. Terminvereinbarung und ggf. Abklärung besonderer Bedingungen für den Krankenhausaufenthalt. Berücksichtigung und Weitergabe dieser speziellen Informationen im Beratungs- und Betreuungsgespräch nach Ziffer 96772 an den Patienten. - nur 1x pro Behandlungsfall abrechenbar - <i>Die Ziffer 96773 ist nicht zusätzlich zur Ziffer 96774 abrechenbar.</i>	96773	15,40 EUR
Telefonischer Kontakt bei 4 MRGN-Befund zwischen dem Vertragsarzt und dem benannten Krankenhausansprechpartner gemäß der von der HKG bereitgestellten Liste der Ansprechpartner zur Durchführung des Vertrages. Abklärung der Grunderkrankung und der daraus resultierenden elektiven Krankenhauseinweisung unter besonderer Berücksichtigung des zusätzlichen 4 MRGN-Befundes. Terminvereinbarung und ggf. Abklärung besonderer Bedingungen für den Krankenhausaufenthalt. Berücksichtigung und Weitergabe dieser speziellen Informationen im Beratungs- und Betreuungsgespräch nach Ziffer 96772 an den Patienten. - nur 1x pro Behandlungsfall abrechenbar -	96774	15,40 EUR

Die Ziffer 96774 ist nicht zusätzlich zur Ziffer 96773 abrechenbar.		
MRGN-Screening (Enterobakterien und Nonfermenter) auf mind. zwei Selektivnährböden als Basisdiagnostik	96780	10,40 EUR
Differenzierung gezüchteter Bakterien mittels mono- oder polyvalenter Seren, je Antiserum <i>Der Höchstwert für die Untersuchung nach der Ziffer 96781 beträgt 39,00 EUR.</i> Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien, gilt für die Ziffern 96782 bis 96784 <i>Obligater Leistungsinhalt:</i> - Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien mittels - o biochemischer und/oder kultureller Verfahren oder - o Nukleinsäuresonden <i>Fakultativer Leistungsinhalt:</i> - Subkultur(en), je Bakterienart und/oder -typ	96781	3,90 EUR
Verfahren mit bis zu drei Reaktionen	96782	3,60 EUR
Verfahren mit mindestens vier Reaktionen	96783	5,30 EUR
Verfahren mit mindestens zehn Reaktionen	96784	8,80 EUR
Empfindlichkeitsprüfung von ätiologisch relevanten Bakterien aus dem Urin oder anderen Materialien gegen drei bis sieben Chemotherapeutika, <i>Obligater Leistungsinhalt:</i> - Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten, ätiologisch relevanten Bakterien aus dem Urin oder anderen Materialien gegen drei bis sieben Chemotherapeutika - o im standardisierten Agar-Diffusionstest und/oder - o mittels Breakpoint-Methode <i>Fakultativer Leistungsinhalt:</i> - Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) mittels Gradienten-Diffusion, je Bakterienart, höchstens zwei Bakterienarten je Untersuchungsprobe <i>Die Ziffer 96785 ist bei demselben Material nicht neben der Ziffer 96786 berechnungsfähig.</i>	96785	5,40 EUR
Empfindlichkeitsprüfung von ätiologisch relevanten Bakterien außer aus Urin oder anderen Materialien gegen mindestens acht Chemotherapeutika,	96786	8,90 EUR

<i>Obligater Leistungsinhalt:</i> - Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten, ätiologisch relevanten Bakterien außer aus Urin gegen mindestens acht Chemotherapeutika - o im standardisierten Agar-Diffusionstest und/oder - o mittels Breakpoint-Methode <i>Fakultativer Leistungsinhalt:</i> - Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) mittels Gradienten-Diffusion, je Bakterienart, höchstens zwei Bakterienarten je Untersuchungsprobe <i>Die Ziffer 96786 ist bei demselben Material nicht neben der Ziffer 96785 berechnungsfähig.</i>		
--	--	--

Die vorgenannten Leistungen (mit Ausnahme der Ziffern 96780 - 96786) dürfen im selben Behandlungsfall nicht neben den GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952 abgerechnet werden.

Unter Berücksichtigung und Konkretisierung der aktuellen KRINKO-Empfehlung verständigen sich die Vertragspartner vorläufig auf folgende Risikogruppe:

Patienten mit

- MRGN-Anamnese
- Kontakt zu 4MRGN-positivem Patienten
- Kontakt zu 3MRGN-positivem Patienten
- Mehrfachantibiotika-Therapie (mehr als 3x pro Jahr)
- chronischen Wunden
- Auslandsaufenthalt
 - o in den letzten drei Monaten mit stationärem Aufenthalt in 4-MRGN Risikogebieten (z.B. Südeuropa, Naher Osten, Indien, Pakistan)
 - o in den letzten 6 Monaten von mehr als 6 Wochen ununterbrochen im Mittelmeerraum, Südeuropa, Nordafrika, Arabische Halbinsel

Bei Vorliegen von neuen bzw. abweichenden medizinischen Erkenntnissen ist die Definition ggf. anzupassen.

Dokumentationsbogen

MRGN-Screening Hamburg:

Negativer Befund bei Risikopatienten

Patientendaten: Name: Vorname: Geburtsdatum: Adresse:	Einrichtung/Stempel
---	---------------------

Das Screening erfolgte aufgrund positiver Anamnese folgender MRGN- Risikofaktoren:

- ☐ MRGN Anamnese
- ☐ Kontakt zu MRGN Patienten
- ☐ Mehrfachantibiotikatherapie mehr als 3 x/ Jahr
- ☐ chronische Wunden
- ☐ Patienten mit Kontakt zum Gesundheitssystem in den letzten drei Monaten in Ländern mit endemischem Auftreten von 4-MRGN (z. B. Südeuropa, Naher Osten, Indien, Pakistan)
- ☐ Patienten mit Aufenthalt > 6 Wochen ohne Unterbrechung in den letzten 6 Monaten im Mittelmeerraum, Südeuropa, Nordafrika, Arabische Halbinsel

Lokalisation:

Wo wurde das MRGN-Screening durchgeführt :

Nase/Rachen-Abstrich	☐	Nachweis negativ am _____
Anal-Abstrich	☐	Nachweis negativ am _____
Wund-Abstrich	☐	Nachweis negativ am _____

Anmerkungen: _____

Datum: _____ Unterschrift _____

MRE-Netzwerk Hamburg

- Gemeinsam gegen multiresistente Erreger -

Begleitbogen **MultiResistenteErreger** Hamburg

Patientendaten: Name: Vorname: Geburtsdatum: Adresse:	Einrichtung/Stempel Telefon für Rückfragen:
MRE in der Vorgeschichte ☐ Nein ☐ Ja Erreger:	

Aktueller Nachweis eines Krankheitserregers mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen
 gemäß § 23 Absatz 8 Nummer 10 Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Verbindung mit § 14 Absatz 1 HmbMedHygVO

- | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA) | | |
| ☐ Vancomycin-resistenter Enterococcus (VRE) | | |
| ☐ Enterobacteriaceae(z.B. E.coli, Klebsiellen etc.) | ☐ 3MRGN | ☐ 4MRGN |
| ☐ Acinetobacter baumannii | ☐ 3MRGN | ☐ 4MRGN |
| ☐ Pseudomonas aeruginosa | ☐ 3MRGN | ☐ 4MRGN |

Sonstige:

Trägerstatus:

Lokalisation	Kol.	Inf.	Unbekannt	Datum letzter Nachweis
☐ Nase/Rachen	☐	☐	☐	_____
☐ Wunde	☐	☐	☐	_____
☐ Stuhl/Anal	☐	☐	☐	_____
☐ Blutkultur	☐	☐	☐	_____
☐ Sputum/Tracheal	☐	☐	☐	_____
☐ Urin	☐	☐	☐	_____
☐ Haut	☐	☐	☐	_____
☐ Devices*	☐	☐	☐	_____

*z.B. Katheter, Sonden, PEG, Tracheostoma, Stoma

MRSA -Sanierungsstatus:

Sanierung	☐ Nicht indiziert	☐ Indiziert aber nicht begonnen	☐ Begonnen am:	☐ Abgeschlossen
Kontrolle Durchgeführt	☐ Ja	☐ Nein	☐ noch Positiv	☐ Negativ

Anmerkungen: _____

Bitte nicht vergessen:

Krankentransport wurde informiert am:

Datum: _____ Unterschrift: _____