

Verteilungsmaßstab vom 23.04.2010
in der Fassung des 5. Nachtrages vom 24.11.2011

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)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
- 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 nach § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 87b SGB V folgender

Verteilungsmaßstab (VM)

ab dem 01. Juli 2010

geschlossen:

Dieser gemeinsam und einheitlich geschlossene Verteilungsmaßstab wird als Anlage VM Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

§ 1 Geltungsbereich

(1) Der VM gilt für alle an der vertragsärztlichen Versorgung in Hamburg teilnehmenden Ärzte, psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie für ärztlich geleitete Einrichtungen, ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen. Die vorstehend benannten Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung werden im Folgenden unter Verzicht auf die weibliche und männliche Bezeichnung einheitlich als Vertragsärzte bezeichnet.

(2) Die Abrechnungen zu Lasten der Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie zu Lasten der Knappschaft und der Ersatzkassen erfolgen auf Grundlage der jeweils aktuellen Euro-Gebührenordnung in Verbindung mit den jeweils aktuellen Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses gemäß §§ 87, 87a-c SGB V (im folgenden „Beschlüsse des EBA“ genannt), den vertraglichen Vereinbarungen sowie den Bestimmungen dieses VM.

(3) Abrechnungsfähig sind nur Leistungen (einschließlich Kostenerstattungen), die die Vertragsärzte persönlich erbracht haben. Das sind alle von diesen Vertragsärzten selbst ausgeführten Leistungen sowie Leistungen von Assistenten oder Vertretern, die die Vertragsärzte berechtigterweise in ihrer Praxis beschäftigt haben (Assistenten müssen vorher von der KV Hamburg genehmigt worden sein; Vertreter dürfen nur wegen Krankheit, Urlaub, Fortbildung oder Wehrübung beschäftigt werden und Vertretungen von mehr als einer Woche müssen der KV Hamburg vorher mitgeteilt worden sein). Zu den vom Vertragsarzt persönlich erbrachten Leistungen gehören auch die von ihm angeordneten Hilfeleistungen seiner nicht-ärztlichen Mitarbeiter, wenn diese für die Hilfeleistungen qualifiziert sind und der Arzt an den Hilfeleistungen durch eine je nach Lage des Falles mehr oder weniger intensive persönliche Anleitung oder Beaufsichtigung verantwortlich mitgewirkt hat. Leistungen, ohne dass der Vertragsarzt oder sein Vertreter in der Praxis anwesend waren und korrigierend eingreifen konnten, sind grundsätzlich nicht abrechnungsfähig. Für die Abrechnungsfähigkeit der Laborleistungen gelten die Richtlinien für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Für Abrechnungsfähigkeit von Leistungen im Zusammenhang mit ärztlich angeordneten Hilfeleistungen anderer Personen nach §§ 28 Abs. 1 Satz 2, 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V gelten §15 Abs.1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 14 Abs. 1 des Bundesmantelvertrages Ärzte/Ersatzkassen (EKV) jeweils in Verbindung mit Anlage 8.

§ 2 Grundsätze der Vergütung und Steuerung der ambulanten ärztlichen Leistungen

(1) Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA und der jeweils geltenden Honorarvereinbarung. Diese Ausgangsgröße wird unter Abzug der im Folgenden genannten Vergütungsbeiriche auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA und den näheren Bestimmungen dieses VM verteilt:

1. Die Vergütung und Steuerung von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Vertragsärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen sowie der Abzug des hierfür bestimmten Vergütungsanteils aus der vorgenannten Ausgangsgröße erfolgt nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA -

Verteilungsmaßstab vom 23.04.2010
in der Fassung des 5. Nachtrages vom 24.11.2011

insbesondere Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 2.4, 4, Anlage 4 Anhang 1 Schritt 17 - und den näheren Bestimmungen dieses VM in § 5 Anlage A.

2. Die Vergütung und Steuerung der Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen (Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220), die Grundpauschale für zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (Gebührenordnungsposition 01320) sowie Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM (Laborleistungen nach Ziffer 2.5.1 Beschluss Teil F Abschnitt I der Beschlüsse des EBA) sowie der Abzug des hierfür bestimmten Vergütungsanteils aus der vorgenannten Ausgangsgröße erfolgt nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA - insbesondere Anlage 4 Anhang 1 Schritt 18 - und den näheren Bestimmungen dieses VM in § 6 Anlage A.
3. Die Vergütung und Steuerung der Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser (Notfallmedizin nach Ziffer 2.5.2 Beschluss Teil F Abschnitt I der Beschlüsse des EBA) sowie der Abzug des hierfür bestimmten Vergütungsanteils aus der vorgenannten Ausgangsgröße erfolgt nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA - insbesondere Anlage 4 Anhang 1 Schritt 19 - und den näheren Bestimmungen dieses VM in § 6 Anlage A.

(2) Für den jeweiligen Versorgungsbereich wird als weitere Ausgangsgröße

1. unter Berücksichtigung der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
2. unter Abzug der festgesetzten Rückstellungen entsprechend Beschluss Teil G des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 und der diesbezüglichen Folgebeschlüsse,
3. unter Abzug der Vergütung für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen,
4. unter Abzug der Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM,
5. unter Abzug der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
6. unter Abzug von 2 % des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens für abgestaffelt zu vergütende Leistungen,
7. unter Abzug des gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 5 vereinbarten Vergütungsvolumens (Bereinigung des RLV bei Selektivverträgen),
8. unter Abzug der Vergütung für humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen,
9. unter Abzug der erwartenden Vergütung für die Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415,
10. im fachärztlichen Versorgungsbereich unter Abzug des gemäß Anlage A § 7 Absatz 9 dieses VM ermittelten Erhöhungsbetrages

das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen gebildet. Die Vergütung und Steuerung von Leistungen nach Nr. 3, Nr. 4 und Nr. 9 sowie der Abzug des jeweiligen hierfür bestimmten Vergütungsanteils aus der vorgenannten Ausgangsgröße erfolgt nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA und den näheren Bestimmungen dieses VM in §§ 6 – 6a Anlage A.

(3) Das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen wird nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA und den näheren Bestimmungen dieses VM in Anlage A jeweils auf die

Verteilungsmaßstab vom 23.04.2010
in der Fassung des 5. Nachtrages vom 24.11.2011

entsprechenden Arztgruppen gemäß der Regelung der KV Hamburg (Arztgruppenliste) verteilt.

(4) Aus dem jeweils gebildeten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen erfolgt auch die Vergütung und Steuerung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Vertragsärzten aus nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen nach den näheren Bestimmungen dieses VM in § 5 Anlage A.

(5) Aus dem jeweils gebildeten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen erfolgt auch die Vergütung und Steuerung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen von Vertragsärzten, für die nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Nr. 4.1 der Beschlüsse des EBA zeitbezogene Kapazitätsgrenzen zugewiesen werden, nach den näheren Bestimmungen dieses VM in § 5 Anlage A.

(6) Aus dem jeweils gebildeten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen erfolgt auch die Vergütung und Steuerung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.3 EBM von Vertragsärzten aus nicht in Beschluss Teil F, Abschnitt I. Nr. 4.1 der Beschlüsse des EBA aufgeführten Arztgruppen durch qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen nach den näheren Bestimmungen dieses VM in § 5 Anlage A.

(7) Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV und
- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb des QZV.

Für die Arztgruppe „Fachärzte für Augenheilkunde“ erfolgt die Aufteilung zusätzlich auf den - Vergütungsbereich für die Vergütung der Gebührenordnungsposition 06225 des EBM. Die Vergütung und Steuerung der Leistungen im vorgenannten Vergütungsbereich und dessen Ermittlung erfolgt nach Maßgabe von § 6b in Anlage A zu diesem VM.

Die Ermittlung der RLV und QZV erfolgt nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA und den näheren Bestimmungen dieses VM.

(7a) Bei der Bildung neuer QZV wird der arztgruppenspezifische Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen entsprechend angepasst.

(8) Für die Vergütung von Leistungen, die den zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit (§ 87b SGB V) zu ermittelnden RLV und/oder den QZV unterliegen, gilt Anlage A dieses VM.

(9) Im Übrigen erfolgt die Vergütung ärztlicher Leistungen auf Grundlage der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung jeweils aktuellen Euro-Gebührenordnung in Verbindung mit den jeweils aktuellen Beschlüssen des EBA, den vertraglichen Vereinbarungen sowie den Bestimmungen dieses VM. Aufgrund der beabsichtigten Neuregelungen des § 87 d Absatz 4 SGB V in der Fassung des GKV-FinG werden Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung der vertragsärztlichen Leistungen mit Wirkung für das Jahr 2011 getroffen, die außerhalb der MGV vergütet werden. Das nähere hierzu ist in Anlage C zu diesem Verteilungsmaßstab geregelt.

(10) Die Volumina nach Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 5 werden zusammengefasst und stehen für die Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen, sowie der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen von Vertragsärzten, denen nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Nr. 4.1 der Beschlüsse des EBA zeitbezogene Kapazitätsgrenzen zugewiesen werden, zur Verfügung.

(11) Die nach Maßgabe dieses Verteilungsmaßstabes und der Anlage A ermittelten Regelleistungsvolumen (RLV) und/oder QZV und/oder Kapazitätsgrenzen werden bei Beitritt von Versicherten zu einem Vertrag gem. §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V auf der Grundlage der Anlage B dieses VM bereinigt. Bei der Bereinigung werden die von an Selektivverträgen teilnehmenden Ärzten veranlassten oder erbrachten Laborleistungen, soweit sie nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, auf den Vorwegabzug für Laborleistungen nach Ziffer 2.5 Abschnitt I Beschluss Teil F der Beschlüsse des Erweiterten- (Bewertungsausschusses) vom 26. März 2010 (218. Sitzung) und den diesbezüglichen Folgebeschlüssen angerechnet.

§ 3 Sonstige Verteilungsregeln

(1) Kosten, die nach den Bestimmungen des EBM berechnet werden können, aber nicht unter die Pauschalerstattungen des Kapitels 40 EBM fallen, werden in der im Einzelfall entstandenen und nachgewiesenen Höhe erstattet. Bei Berechnung der Kosten des Einzelfalles sind gewährte Rabatte, auch Naturalrabatte und Rückvergütungen kostenmindernd in voller Höhe zu berücksichtigen; Skonti bis zur Höhe von 3 % der Rechnungssummen bleiben unberücksichtigt.

(2) Portokosten im Zusammenhang mit AU-Bescheinigungen werden abweichend von den Bestimmungen des Kapitels 40 EBM nur in Höhe der Frankatur für die Einsendungen an die Verteilerstelle bei der KV Hamburg (abzüglich eventueller Strafporti) erstattet.

§ 4 Inkrafttreten, Bekanntgabe, Ergänzungsvorschriften

(1) Dieser VM tritt am 1. Juli 2010 in Kraft und löst damit den bis dahin geltenden VM vom 26. November 2008 in der Fassung des 5. Nachtrages vom 23. März 2010 ab.

(2) Änderungen und Ergänzungen des VM treten am Tage der Veröffentlichung in Kraft, soweit die Vertragspartner nicht das Inkrafttreten zu einem anderen Zeitpunkt beschließen.

(3) Der VM, seine Änderungen und Ergänzungen sind nach der Vereinbarung unverzüglich zu veröffentlichen.

(4) Im Zusammenhang mit der Anfechtung von Honorarbescheiden, die auf der Grundlage dieser Vereinbarung ergehen, gehen aufgrund gesetzlicher Regelungen oder wirksamer Kostenentscheidungen der KV Hamburg auferlegte Verfahrens- oder Gerichtskosten und außergerichtliche Kosten zu Lasten der KV Hamburg und können von dieser nicht bei den Partnern dieser Vereinbarung geltend gemacht werden.

(5) Eine Haftung der Krankenkassen für Regelungen und Handlungen, die nach dieser Vereinbarung ausschließlich die KV Hamburg vornimmt, ist ausgeschlossen. Dieser Haftungsausschluss wird durch eine Information der Krankenkassen nicht berührt.

(6) Der VM kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 4 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Die Kündigung kann auf Teile des VM beschränkt werden.

(7) Einvernehmliche Änderungen des VM sind auch ohne Kündigung möglich. Darüber hinaus sind sich die Partner dieser Vereinbarung einig, dass

Verteilungsmaßstab vom 23.04.2010
in der Fassung des 5. Nachtrages vom 24.11.2011

- die Kalkulation der Vorwegabzüge gemäß Ziffer 2.5. Beschluss Teil F der Beschlüsse des EBA,
- die Kalkulation der versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen gemäß Ziffer 3.1.2 Beschluss Teil F der Beschlüsse des EBA,
- die Etablierung eines Verfahrens bei der Berechnung des RLV je Arzt für Arztgruppen mit kleinen Besetzungszahlen zur Berücksichtigung von Veränderungen in der Arztzahl der Arztgruppe im Zeitraum zwischen Basisjahr der Ermittlung des Leistungsbedarfs und dem Basisjahr für die Ermittlung der RLV-Fallzahl,
- die Fortentwicklung der Arztgruppensystematik sowie
- die Ausgestaltung von QZV

der KV Hamburg obliegt. Entsprechende Regelungen zu den beiden letztgenannten Fällen werden von der KV Hamburg veröffentlicht (Arztgruppenliste, QZV-Liste).

Anlage A

zum VM

§ 1

Grundsätze der Vergütung

(1) Die Vergütung der Vertragsärzte erfolgt auf Grundlage der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung jeweils aktuellen Euro-Gebührenordnung in Verbindung mit den jeweils aktuellen Beschlüssen des EBA, den vertraglichen Vereinbarungen sowie den Bestimmungen dieses VM.

(2) Der Vergütungsanspruch ist - auch im Fall von Abstafflungen und/oder Quotierungen - auf maximal 100 % der Preise nach der jeweils gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung begrenzt.

(3) Reicht ein Vertragsarzt der KV Hamburg im Einzelfall Behandlungsausweise verspätet ein, so werden diese nach den Bestimmungen dieses VM zu den Bedingungen des jeweiligen Abrechnungszeitjahres, in dem die Einreichung bei der KV Hamburg tatsächlich erfolgt, vergütet. Dies gilt nicht, soweit hinsichtlich der abgerechneten Leistungen zwischenzeitlich Änderungen des EBM und/oder der RLV/QZV-Systematik des Verteilungsmaßstabes erfolgt sind und/oder die Voraussetzungen nach Satz 1 nicht vorliegen. In diesen Fällen erfolgt die Vergütung zu den Bedingungen des Abrechnungszeitjahres der Leistungserbringung.

§ 2

Maßnahmen zur Steuerung der RLV-Fallzahl gem. Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 3.2.1 der Beschlüsse des EBA

Zur Stabilisierung der Regelleistungsvolumen und/oder QZV wird bei deren Ermittlung der rechnerische Fallwert des nach den Vorgaben der Beschlüsse des EBA und dieses VM ermittelten arztgruppenspezifischen Regelleistungsvolumens und/oder QZV quartalsweise vom 3. Quartal 2010 bis zum 2. Quartal 2011 jeweils als Zielwert zugrunde gelegt. Wird dieser Zielwert unter Berücksichtigung der für die Ermittlung von Regelleistungsvolumen und/oder QZV jeweils maßgeblichen Fallzahlen und der zur Vergütung der RLV-Leistungen und/oder QZV-Leistungen zur Verfügung stehenden Anteile der vorläufigen MGV um mehr als 3 % unterschritten, werden die zur Ermittlung des Regelleistungsvolumens und/oder QZV maßgeblichen Fallzahlen soweit reduziert, dass die Unterschreitung des Zielwertes auf maximal 3 % begrenzt wird. Dabei ist der arztindividuelle Anteil an der Senkung des rechnerischen Fallwertes (RLV-Vergütungsvolumen \cdot Fälle und/oder QZV-Vergütungsvolumen / Fälle) zu berücksichtigen. Diese Regelung findet keine Anwendung auf Vertragsärzte in neuen und jungen Praxen i.S.v. § 10. Für Vertragsärzte, die eine im Verhältnis zur Arztgruppe unterdurchschnittliche Fallzahl versorgen, wird die Reduktion der Fallzahl ausgesetzt. Diesen Vertragsärzten können bis zum Erreichen der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe je Quartal bis zu 20 % zusätzliche Fälle bei der Ermittlung des RLV und/oder QZV zugebilligt werden. Steigerungen des Zielwertes finden nur insoweit Berücksichtigung, als dass sie nicht durch eine im Verhältnis zum jeweiligen Quartal, welches Grundlage für die Zielwertermittlung im Sinne dieser Vorschrift ist, geringere Versorgung von Fällen bedingt sind. Werden für das jeweilige Quartal andere QZV als in dem jeweils für die Ermittlung der Zielwerte maßgeblichen Quartal festgelegt, werden die Zielwerte entsprechend angepasst.

§ 3

Vergütung und Steuerung von Leistungen, die dem RLV unterliegen

(1) Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird je Quartal und Arztpraxis eine abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA sowie den Regelungen dieses VM vorgegeben [Regelleistungsvolumen (RLV)], die mit den in der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten ist.

(2) Die das RLV überschreitenden Leistungen werden unter Berücksichtigung möglicher Verrechnungen mit den QZV nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA zu abgestaffelten Preisen vergütet.

§ 4

Vergütung und Steuerung von Leistungen, die dem QZV unterliegen

(1) Wenn eine Arztpraxis die Voraussetzungen in § 7 der Anlage A zu diesem VM i.V.m. den Beschlüssen des EBA erfüllt, kann unter Beachtung der Abrechnungsbestimmungen des EBM die Arztpraxis weitere vertragsärztliche Leistungen in QZV abrechnen, die mit den in der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten sind.

(2) Die das QZV überschreitenden Leistungen werden unter Berücksichtigung möglicher Verrechnungen mit den RLV nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA zu abgestaffelten Preisen vergütet.

§ 5

Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen

(1) Die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen von Vertragsärzten bei denen diese Leistungen der Steuerung durch die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen und die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Vertragsärzten gemäß § 2 Absatz 1 Nr. 1 dieses VM werden aus dem hierfür zweckgebundenen Vergütungsanteil gemäß der Beschlüsse des EBA mit den Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

(2) Für Arztgruppen, bei denen diese Leistungen der Steuerung durch die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen gemäß der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen der Beschlüsse des EBA unterliegen, werden die Leistungen nur bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze berücksichtigt und mit den Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit die ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen mit abgestaffelten Preisen gemäß der Beschlüsse des EBA vergütet.

(3) Wird der für die vorgenannten Leistungen gebildete Vergütungsanteil in einem Abrechnungsquartal nicht ausgeschöpft, werden die Unterschreibungsbeträge zweckgebundenen Rückstellungen zugeführt und stehen für den Ausgleich von Unterdeckungen in Folgequartalen zur Verfügung.

Verteilungsmaßstab vom 23.04.2010
in der Fassung des 5. Nachtrages vom 24.11.2011

(4) Wird der für die vorgenannten Leistungen gebildete Vergütungsanteil in einem Abrechnungsquartal überschritten, erfolgt die Vergütung mit den Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung soweit durch die Auflösung der Rückstellungen hierfür ausreichende Mittel verfügbar sind. Reichen die Mittel zur Vergütung der Leistungen nach den Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung nicht, werden die zur Vergütung der Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zusätzlich benötigten Mittel vorab dem fachärztlichen versorgungsbe- reichsspezifischen Verteilungsvolumen entnommen.

(5) Im Übrigen erfolgt die Vergütung und Steuerung

- der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Vertragsärzten aus nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen,
- der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen von Vertragsärzten bei denen diese Leistungen nicht der Steuerung durch die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen

gemäß der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen Beschlüsse des EBA.

§ 6

Vergütung und Steuerung von Leistungen im Vorwegabzug (Labor, Notfalldienst, pathologische Leistungen, Kostenpauschalen, Humangenetische Leistungen)

(1) Die Vergütung von Leistungen gemäß Ziffer 2.5.1 bis 2.5.5 Beschluss Teil F Abschnitt I erfolgt aus den jeweils hierfür gebildeten Vergütungsvolumen gemäß der Beschlüsse des EBA zu Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung.

(2) Wird das für die vorgenannten Leistungen jeweils gebildete Vergütungsvolumen in einem Abrechnungsquartal nicht ausgeschöpft, werden die Unterschreibungsbeträge zweckgebundenen Rückstellungen zugeführt und stehen für den Ausgleich von Unterdeckungen in Folgequartalen zur Verfügung.

(3) Wird das jeweils für die vorgenannten Leistungen gebildete Vergütungsvolumen in einem Abrechnungsquartal überschritten, erfolgt die Vergütung mit den Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung soweit durch die Auflösung der Rückstellungen hierfür ausreichende Mittel verfügbar sind. Bei den Auflösungen der Rückstellungen für Leistungen nach Ziffer 2.5.1, 2.5.3 und 2.5.5 Beschluss Teil F Abschnitt I der Beschlüsse des EBA ist die Veranlassung der Leistungen zu berücksichtigen. Sind für eine Vergütung der Leistungen nach den Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Euro-Gebührenordnung keine Mittel vorhanden, werden die Preise nach den im jeweils hierfür gebildeten Vergütungsvolumen (Vorwegabzug) verfügbaren Mitteln quotiert.

§ 6a

Vergütung und Steuerung von Leistungen im versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzug (Hausbesuche)

(1) Die versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzüge gemäß Ziffer 3.1.2 Beschluss Teil F Abschnitt I der Beschlüsse des EBA für die Vergütung von Leistungen der Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415 (Hausbesuche) werden in Höhe der zu erwartenden Vergütung für diese Leistungen aus dem entsprechenden Vergleichsquartal des Vorjahres gebildet. Dabei sind die Änderungen in der Bewertung der Hausbesuche aufgrund der Beschlüsse des EBA (248. Beschluss) zu berücksichtigen. Je Quartal wird versorgungsbereichsspezifisch zusätzlich eine Rückstellung in Höhe von 2 % des versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzuges gebildet.

(2) Für die Vergütung von Leistungen der Hausbesuche stehen arztpraxisbezogene Vergütungsvolumen zur Verfügung, die der Höhe nach dem jeweiligen arztpraxisbezogenen Anteil zzgl. der Änderungen in der Bewertung der Hausbesuche aufgrund der Beschlüsse (248. Beschluss) an der Bildung der Vorwegabzüge nach Absatz 1 Satz 1 und 2 entsprechen. Dabei ergibt sich die Höhe des arztpraxisbezogenen Vergütungsvolumens aus der Addition der Vergütungsvolumen je Arzt, der in der Arztpraxis tätig ist.

(3) Die Vergütung von Leistungen der Hausbesuche erfolgt arztpraxisbezogen bis zur Höhe der nach Absatz 2 zur Verfügung stehenden arztpraxisbezogenen Vergütungsvolumen zu Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung.

(4) Wird der für die vorgenannten Leistungen zur Verfügung stehende versorgungsbereichsspezifische Vorwegabzug in einem Abrechnungsquartal insgesamt nicht ausgeschöpft, werden die verbleibenden Unterschreitungsbeiträge der versorgungsbereichsspezifischen Rückstellung nach Absatz 1 Satz 3 zugeführt.

(5) Werden die arztpraxisbezogenen Vergütungsvolumen in einem Abrechnungsquartal überschritten, erfolgt die Vergütung mit den Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung aus der versorgungsbereichsspezifischen Rückstellung nach Absatz 1 Satz 3 soweit hierfür ausreichende Mittel verfügbar sind. Andernfalls werden die Preise nach den in der versorgungsbereichsspezifischen Rückstellung nach Absatz 1 Satz 3 verfügbaren Mitteln quotiert.

(6) Auf Antrag des Arztes erhalten Ärzte, für die § 10 der Anlage A zu diesem VM Anwendung findet, ein arztpraxisbezogenes Vergütungsvolumen in Höhe des durchschnittlichen gemäß Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten Vergütungsvolumen ohne Berücksichtigung der Gebührenordnungsposition 01413 und 01415 für die Vergütung von Hausbesuchen. Die Vergütung erfolgt zu Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung. Eine Antragstellung für zurückliegende Abrechnungsquartale ist ausgeschlossen. Über die Genehmigung entscheidet die KV Hamburg nach pflichtgemäßem Ermessen.

§ 6b

Vergütung und Steuerung von Leistungen im Vergütungsbereich für die Vergütung der Gebührenordnungsposition 06225 des EBM

(1) Der Vergütungsbereich gem. § 2 Absatz 7 Satz 2 dieses VM wird in Höhe des sich aus der Neubewertung der Grundpauschalen 06210, 06211 und 06212 im Abschnitt 6.2 des EBM ab dem 01.01.2012 ergebenden Differenzbetrages multipliziert mit der Anzahl der im

jeweils entsprechenden Quartal des Jahres 2008 abgerechneten augenärztlichen Grundpauschalen gebildet.

(2) Die Vergütung von Leistungen, für die das Volumen gem. Absatz 1 gebildet wurde, erfolgt bis zur Höhe des Volumens zu Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung.

(3) Wird das für die vorgenannten Leistungen zur Verfügung stehende Volumen in einem Abrechnungsquartal insgesamt nicht ausgeschöpft, werden die verbleibenden Unterschreibungsbeträge einer arztgruppenspezifischen Rückstellung zugeführt.

(4) Reicht das zur Verfügung stehende Volumen in einem Abrechnungsquartal auch nach eventueller Auflösung von Rückstellungen nicht aus, werden die Leistungen quotiert vergütet.“

§ 7

Grundsätze der Ermittlung und Abrechnung von RLV und QZV

(1) Die RLV und QZV kommen für das jeweilige Abrechnungsquartal quartalsbezogen zur Anwendung. Die Ausgangsgröße hierfür ist die vorhersehbare MGV des jeweiligen Quartals gemäß der jeweils gültigen Honorarvereinbarung.

(2) RLV kommen für Arztgruppen gemäß der Regelung der KV Hamburg (Arztgruppenliste); QZV kommen gemäß der Regelung der KV Hamburg (QZV-Liste) aufgeführte Arztgruppen und Leistungsbereiche zur Anwendung.

(3) Die Berechnung der QZV erfolgt gemäß Anlage 8 zu Beschluss Teil F der Beschlüsse des EBA. Dabei wird die Art des QZV

- a) gem. Ziffer 2.1. - Variante A - RLV-fallbezogen
- b) gem. Ziffer 2.2. - Variante A - leistungsfallbezogen

(Leistungsfallwert der Arztgruppe = QZV Arztgruppe / Leistungsfallzahl Arztgruppe

QZV = Leistungsfallwert der Arztgruppe x Leistungsfallzahl Arzt) sowie

- c) gem. Ziffer 2.2. - Variante B- arztbezogen

entsprechend in der Regelung der KV Hamburg (QZV-Liste) ausgewiesen.

(4) QZV nach Anlage 3 zu Beschluss Teil F der Beschlüsse des EBA, die nicht in der Regelung der KV Hamburg (QZV-Liste) aufgeführt sind, sind mit den RLV für Arztgruppen nach der Regelung der KV Hamburg (Arztgruppenliste) entsprechend Ziffer 2.1. Absatz 2 und Ziffer 3.3. Absatz 3 Beschluss Teil F Abschnitt I der Beschlüsse des EBA zusammengefasst.

(5) Die Zuordnung eines Arztes zu einer Arztgruppe richtet sich nach dem Schwerpunkt der Praxistätigkeit. Vertragsärzte mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen werden nur mit einem Gebiet oder Schwerpunkt berücksichtigt. Ist eine eindeutige Zuordnung nicht möglich, entscheidet die KV Hamburg. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt können durch die KV Hamburg entsprechenden Arztgruppen zugeordnet werden.

(6) Ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen erhalten ein Regelleistungsvolumen nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag.

(7) Vertragsärzte, die gemäß §§ 19, 24 bzw. § 32b der Zulassungsverordnung über eine in den Leistungen begrenzte Zulassung (vinkulierte Zulassung) verfügen, bleiben – mit Ausnahme des bisherigen Zulassungsinhabers - bei der Ermittlung und Zuweisung von RLV und/oder QZV und/oder Kapazitätsgrenzen unberücksichtigt. Dies gilt auch für entsprechend angestellte Ärzte.

(8) Originär in anderen als im Versorgungsbereich der KV Hamburg zugelassene oder ermächtigte Ärzte bleiben bei der Zuweisung der RLV und/oder QZV und/oder Kapazitätsgrenzen unberücksichtigt. Werden solche Ärzte im Rahmen KV-bereichsübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften im Versorgungsbereich Hamburg tätig, so werden die von diesen Ärzten erbrachten Leistungen auf das RLV und/oder QZV und/oder die Kapazitätsgrenzen der Praxis, in der sie tätig werden, angerechnet.

(9) Zur Umsetzung der Vorgaben in der Protokollnotiz zum 262. Beschluss des Bewertungsausschusses zur Einführung neuer Leistungen für die Arztgruppe der „Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Phoniater und Pädaudiologen“ wird der entsprechend Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 3.1.4 in Verbindung mit Anlage 6 zu den Beschlüssen des (Erweiter-) Bewertungsausschusses in der jeweils gültigen Fassung berechnete arztgruppenspezifische Vergütungsbereich für die Vergütung von Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen um 12,84 Prozent erhöht.

§ 8 Regelungen zur Sicherstellung

(1) Gemäß der Beschlüsse des EBA kann auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KV Hamburg

- bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten gemäß Beschluss Teil F Ziffer 3.5 der Beschlüsse des EBA die Vergütung von Leistungen über das arzt-/praxisbezogene RLV hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung erfolgen,
- die Zuordnung zu Arztgruppen für die RLV-Zuweisung erfolgen und/oder
- die Anpassung des RLV in Fällen von Praxisbesonderheiten sowie aus sonstigen Gründen der Sicherstellung erfolgen.

(2) Eine Antragstellung für zurückliegende Abrechnungsquartale ist ausgeschlossen. Über die Genehmigung entscheidet die KV Hamburg nach pflichtgemäßem Ermessen.

§ 9 Anpassungen der RLV/QZV durch die KV Hamburg

(1) Sofern die Abrechnung von Leistungen oder Kostenerstattungen der Genehmigung der KV Hamburg bedarf, ist das RLV und/oder das QZV in Fällen der Entstehung und/oder des Wegfalls der Voraussetzungen für die Leistungserbringung ab dem Zeitpunkt der Entstehung und/oder des Wegfalls anzupassen.

(2) Bei der Ermittlung des RLV und/oder QZV und/oder der Kapazitätsgrenzen ist der Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid anhand der folgenden Anrechnungsfaktoren zu berücksichtigen:

1. Für Vertragsärzte entspricht der Anrechnungs-Faktor dem mit der Zulassung bewirkten hälftigen (Faktor 0,5) oder vollen Versorgungsauftrages (Faktor 1,0).

2. Für angestellte Ärzte ist für die Ermittlung des Anrechnungsfaktors der Umfang des Versorgungsauftrages entsprechend der vertraglichen Wochenarbeitszeit lt. Genehmigungsbescheid des Zulassungsausschusses maßgebend. Hierbei ist in entsprechender Anwendung der Bedarfsplanungs-Richtlinie bei einer vertraglichen Arbeitszeit von über 30 Wochenstunden von einer Vollzeitstelle auszugehen und der Anrechnungsfaktor 1,0 anzusetzen. Im Übrigen ist der Anrechnungsfaktor entsprechend des Anteils der vertraglichen Wochenarbeitszeit im Vergleich zu 30 Wochenstunden zu ermitteln und auf 2 Nachkommastellen mathematisch zu runden. Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 0,23 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.

Sofern der tatsächliche Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit hiervon abweicht, ist das RLV und/oder QZV und/oder die Kapazitätsgrenze entsprechend anzupassen.

§ 10 **Neuzulassungen/junge Praxen/Kooperationsformen**

(1) Nach einer Neuzulassung erhält ein Vertragsarzt

1. für das 1. Quartal ein RLV und/oder QZV in Höhe von 25 % des durchschnittlichen RLV der Arztgruppe (Stufe I),
2. für das 2. Quartal ein RLV und/oder QZV in Höhe von 50 % des durchschnittlichen RLV der Arztgruppe (Stufe II),
3. für das 3. Quartal ein RLV und/oder QZV in Höhe von 75% des durchschnittlichen RLV der Arztgruppe (Stufe III) und
4. für das 4. Quartal ein RLV und/oder QZV in Höhe von 100% des durchschnittlichen RLV der Arztgruppe (Stufe IV).

(2) Versorgt ein Vertragsarzt in einem Quartal nach Absatz 1 Ziffer 1. bis 4. tatsächlich mehr Fälle, als die Fallzahl der Arztgruppe, die für die Bildung der RLV und/oder QZV herangezogen werden, so wird sein RLV und/oder QZV insoweit von Amts wegen angehoben, wie die Verhältniszahl der zugewiesenen Stufe mit der Fallzahl des Vertragsarztes überschritten wird, maximal bis 100% des durchschnittlichen RLV der Arztgruppe.

(3) Absatz 1 und 2 gilt nicht im Falle einer Neuzulassung, die auf einer Übernahme einer bzgl. der RLV-Fallzahl und/oder QZV-Fallzahl überdurchschnittlichen Praxis beruht. In diesen Fällen ist das RLV und/oder QZV auf Grundlage der bisherigen RLV-Fallzahl des Vorgängers aus dem jeweiligen Vorjahresquartal zu ermitteln.

(4) Eine Steigerung der RLV und/oder QZV nach Absatz 2 erhalten auch Vertragsärzte, die nach dem 31.12.2007 neu zugelassen wurden (Vertragsärzte in der Anfangsphase) und Vertragsärzte, deren Zulassung im Basisquartal ruhte, wenn sie im Verhältnis zu der für die Zuweisung des RLV und/oder QZV maßgeblichen Fallzahl tatsächlich mehr Fälle versorgen.

(5) In Fällen der Umwandlung von ärztlicher Berufsausübung in Kooperationsformen gilt Ziffer 2.6 Beschluss Teil F Abschnitt I der Beschlüsse des EBA.

Verteilungsmaßstab vom 23.04.2010
in der Fassung des 5. Nachtrages vom 24.11.2011

§ 11
Information durch die KV Hamburg

Die KV Hamburg informiert die Krankenkassen quartalsweise über die Zuweisung und Auslastung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen an die Arztpraxis gemäß des so genannten Transparenzbeschlusses in Abschnitt III Beschluss Teil F und den jeweils diesbezüglich geltenden Beschlüssen des EBA. Die KVH stellt die Daten via sFTP-Server den datenannahmeberechtigten Stellen zur Verfügung.

Anlage B

zum VM (Bereinigung der RLV und/oder QZV)

§ 1 Grundlagen

- (1) Die nach Maßgabe dieses Verteilungsmaßstabes und der Anlage A ermittelten Regelleistungsvolumen (RLV) und/oder QZV und/oder Kapazitätsgrenzen werden bei Beitritt von Versicherten zu einem Vertrag gem. §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V auf der Grundlage
- des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 238. Sitzung am 19. Oktober 2010 – Bereinigungsbeschluss für 2011 - (im Folgenden 238. Beschluss),
 - des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 242. Sitzung am 24. November 2010 – Ergänzungsbeschluss 2011 – (im Folgenden 242. Beschluss)
 - der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 – Datenübermittlungsbeschluss für 2010 - (im Folgenden 218. Beschlüsse),
 - des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 235. Sitzung am 24. September 2010 – Überleitungsbeschluss für I/2011 - (im Folgenden 235. Beschluss) sowie
 - des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 246. Sitzung im schriftlichen Verfahren – Datenübermittlungsbeschluss für 2011 - (im Folgenden 246. Beschluss)

mit Wirkung ab dem I. Quartal 2011 bis einschließlich des IV. Quartal 2011 bereinigt.

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

§ 2 Bereinigungszeitraum Inkrafttreten

Eine Bereinigung von RLV und/oder QZV und/oder Kapazitätsgrenzen für Quartale, die vor dem I. Quartal 2011 liegen, findet nicht statt. Diese Anlage B tritt mit Wirkung ab dem I. Quartal 2011 in Kraft und endet, ohne das hierfür einer Kündigung bedarf, am 31.12.2011.

Diese Vereinbarung findet unter Weitergeltung der für das Jahr 2011 maßgeblichen Beschlüsse des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses - unabhängig von ihrem rechtlichen Schicksal - für das I. Quartal 2012 weiterhin Anwendung.

§ 3

Voraussetzungen für eine Bereinigung

Diese Anlage B findet nur auf unterschriebene und wirksame Vereinbarungen über eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) Anwendung.

§ 4

Deklaratorische Bereinigung

Sofern eine deklaratorische Bereinigung der RLV und /oder QZV und/oder Kapazitätsgrenzen durchzuführen ist, erfolgt diese nach denselben Grundsätzen, wie sie in dieser Vereinbarung beschrieben sind. Voraussetzung hierfür ist, dass die deklaratorische Bereinigung als Bereinigungsart zwischen den Vertragspartnern des Selektivvertrages und der KV Hamburg konkret vereinbart worden ist.

§ 5

Inhalt und Umfang der Bereinigung

- (1) Die Auswirkung der quartalsbezogenen Bereinigung von Selektivverträgen nach §§ 73b und 73c sowie 140a ff. SGB V auf den unbereinigten RLV-Fallwert und/oder QZV-Fallwert der betroffenen Arztgruppe im Kollektivvertrag wird auf eine Absenkung bzw. Anhebung von maximal 0 v. H. begrenzt (Schwellenwert). Soweit die quartalsbezogene Bereinigung eines Selektivvertrages auf den unbereinigten RLV-Fallwert und/oder QZV-Fallwert eine Absenkung bzw. Anhebung von mehr als 0 v. H. bewirkt, wird der vom Schwellenwert „abweichende“ Betrag ausschließlich zulasten bzw. zugunsten der Regelleistungsvolumen der an den Selektivverträgen teilnehmenden Ärzte bereinigt. Dieses Verfahren findet für jeden Selektivvertrag einzeln Anwendung. Die Regelungen über das Antragsverfahren nach diesem VM in Anlage A § 8 bleiben hiervon unberührt.
- (2) Hat für einen Selektivvertrag im Vorjahresquartal eine Bereinigung stattgefunden, wird bei der Ermittlung der RLV der im Vorjahresquartal bereinigte Betrag vom arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen abgezogen.
- (3) Sofern die Bereinigung Selektivverträge mit situativer Einschreibung/Teilnahme betrifft, wird die Bereinigung nach Feststellung des für den Selektivvertrag maßgeblichen Bereinigungsbetrages je Versicherten nach Maßgabe des jeweiligen Bereinigungsvertrages vorgenommen. In diesem Fall wird das RLV und/oder QZV und/oder die Kapazitätsgrenze der Praxis entsprechend der von den in der Praxis tätigen Ärzten tatsächlich eingeschriebenen Zahl der Inanspruchnehmer des Selektivvertrages nachträglich von Amts wegen vermindert.

§ 6

Datenlieferung

- (1) Die Bereinigung nach dieser Anlage wird aufgrund von wirksam erfolgten Datenlieferungen für die Bereinigungen der Behandlungsbedarfe (MGV-Bereinigung) durchgeführt.
- (2) Hinsichtlich des I. Quartals 2011 finden hierbei die 218. Beschlüsse Anwendung. Sofern nach den für die Datenlieferung für das I. Quartal 2011 geltenden Beschlüssen Datenlie-

Verteilungsmaßstab vom 23.04.2010
in der Fassung des 5. Nachtrages vom 24.11.2011

ferungen erfolgt sind, wird die Bereinigung aufgrund dieser Daten vorgenommen. Ab dem II. Quartal 2011 ist der 246. Beschluss anzuwenden.

Verteilungsmaßstab vom 23.04.2010
in der Fassung des 5. Nachtrages vom 24.11.2011

**Protokollnotiz
zur Anlage B
zum
2. Nachtrag des Verteilungsmaßstabes
vom 23.04.2010**

Wenn der KV Hamburg Einzelheiten zum investiven Aufwand bekannt sind, treten die Vertragspartner in Verhandlungen zur Erstattung des Aufwandes bei der Bereinigung ein.

Anlage C **zum VM**

Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung von Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund des GKV-FinG für das Jahr 2011

Aufgrund der Neuregelungen des § 87 d Absatz 4 SGB V in der Fassung des GKV-FinG werden die folgenden Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung der vertragsärztlichen Leistungen mit Wirkung für das Jahr 2011 getroffen, die außerhalb der MGV vergütet werden:

Für die folgenden Leistungsbereiche nach der Honorarvereinbarung 2011

1. Ziffer 4.1 „Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe)“,
2. Ziffer 4.2 „Leistungen des Kapitels 31“ sowie
3. Ziffer 4.2. „die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520“,
4. Ziffer 4.7 „Leistungen der Strahlentherapie nach Kapitel 25 (GOP 25210 bis 25342)“,
5. Ziffer 4.8 „Phototherapeutische Keratektomien nach den GOP 31362, 31734, 31735 und 40680“,
6. Ziffer 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, 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, 32618 X“
7. Ziffer 4.10 „Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den GOP 01950 bis 01952“,
8. Ziffer 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
9. Ziffer 6. „Wegepauschalen nach Ziffer 6 “

werden für das Jahr 2011 jeweils Ausgabenobergrenzen ermittelt.

Hierzu wird kassenspezifisch je Leistungsbereich die Summe der jeweils in den Quartalen I bis IV /2010 abgerechneten und von den Krankenkassen zu vergütenden Leistungen erhöht um die um 0,25 Prozentpunkte verminderte der für das Jahr 2011 nach § 71 Absatz 3 SGB V für das gesamte Bundesgebiet festgestellte Veränderungsrate (0,9 v.H.) ermittelt.

Diese Zahl wird durch die für die Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung maßgebliche Versichertenzahl des jeweiligen Quartals des Jahres 2010 dividiert.

Der so ermittelte Betrag wird jeweils mit der aktuellen Versichertenzahl des entsprechenden Quartals des Jahres 2011 multipliziert und bildet so die jeweilige Ausgabenobergrenze.

Die Vergütung der Leistungen erfolgt nach Maßgabe der Honorarvereinbarung des Jahres 2011. Werden die Ausgabenobergrenzen für die oben genannten Leistungsbereiche in einem Quartal überschritten, wird die Vergütung der Leistungen quotiert. Werden die Ausgabenobergrenzen für die oben genannten Leistungen unterschritten, erfolgt eine Vergütung maximal zu den in der Honorarvereinbarung vereinbarten Sätzen.

Verteilungsmaßstab vom 23.04.2010
in der Fassung des 5. Nachtrages vom 24.11.2011

Die vorgenannten Regelungen finden für das Jahr 2012 ggf. einschließlich redaktionell notwendiger Anpassungen Anwendung. Dies gilt nur, wenn die gesetzliche Regelung in § 87d Absatz 4 SGB V in der Fassung des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG) weiterhin Bestand hat und eine diesbezügliche honorarvertragliche Regelung für das Jahr 2012 vereinbart wird.

Hamburg, den 24.11.2011