

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

zwischen der

**Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

und der

**AOK Hamburg**

vom 18. April 1996

in der Fassung des 25. Nachtrages  
vom 28.09.2011

## Inhaltsverzeichnis

Gliederung / Inhalt	Seite
<b>Gesamtvertrag</b> §§ 1 bis 14	<b>1</b>
<b>Anlage B zum Gesamtvertrag</b> Verfahren zur Durchführung von Plausibilitätskontrollen	<b>8</b>
<b>Anlage F zum Gesamtvertrag</b> Regelung bei Überschreitungen der Ausgabenvolumina für Arznei-, Verband- und Heilmittel gemäß § 84 Abs. 3 Satz 1 SGB V	<b>10</b>
<b>Anlage H zum Gesamtvertrag</b> Vereinbarung über die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Rahmen des Mammographie-Screenings	<b>14</b>
<b>Anlage I zum Gesamtvertrag</b> Vereinbarung zur Förderung der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung	<b>18</b>
<b>Anlage K zum Gesamtvertrag</b> Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch	<b>26</b>
<b>Anlage L zum Gesamtvertrag</b> Vertrag zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S	<b>30</b>
<b>Anlage M zum Gesamtvertrag</b> Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes (bei Beitritt im Versorgungsbereich Hamburg)	<b>82</b>
<b>Honorarvereinbarung 2009</b>	<b>90</b>
<b>Honorarvereinbarung 2010</b>	<b>107</b>
<b>Honorarvereinbarung 2011</b>	<b>126</b>
<b>Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes</b> Anlage B-MGV (bei KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme)	<b>142</b>

## § 1

Dieser Vertrag regelt die vertragsärztliche Versorgung der Anspruchsberechtigten der AOK Hamburg.

## § 2

(1) Die Gesamtvergütung wird gem. § 85 Abs. 2 SGB V nach Einzelleistungen berechnet, soweit in diesem Vertrag oder in seinen Anlagen nichts anderes vereinbart ist.

(2) Für Leistungen, die außerhalb des Bereiches der KVH erbracht werden (Fremdarztfälle), gelten die bei der für den Fremdarzt zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung getroffenen Regelungen und die bei der KVH gültigen Punktwerte, vorbehaltlich gegebenenfalls in einer Anlage zu diesem Vertrag vorgenommener abweichender Regelungen.

## § 3

(1) Die mit der Gesamtvergütung abzugeltenden ärztlichen Leistungen werden nach dem gem. § 87 Abs. 1 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarten Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) in der jeweils gültigen Fassung unter Berücksichtigung des Honorarverteilungsmaßstabes der KVH (HVM) bewertet.

(2) Die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit bestimmt sich nach den Vorschriften des EBM und des Verteilungsmaßstabes sowie seiner Anlagen in der jeweils gültigen Fassung.

(3) Der Vertragsarzt erhält für jeden Besuch nach den Nrn. 25, 26 und 150 EBM, für jede Einzelvisite nach der Nr. 29 EBM sowie einmal zu Leistungen nach Nr. 50 EBM eine Wegepauschale nach Wegebereichen und Besuchszeiten in folgender Höhe:

- a) Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Tage zwischen 8.00 und 20.00 Uhr:  
6,20 DM (Abrechnungsnummer 7234);
- b) Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Tage zwischen 8.00 und 20.00 Uhr:  
12,40 DM (Abrechnungsnummer 7235);
- c) Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Tage zwischen 8.00 und 20.00 Uhr:  
18,00 DM (Abrechnungsnummer 7236);
- d) Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Nacht zwischen 20.00 und 8.00 Uhr:  
12,40 DM (Abrechnungsnummer 7237)

- e) Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Nacht zwischen 20.00 und 8.00 Uhr:  
19,15 DM (Abrechnungsnummer 7238);
- f) Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Nacht zwischen 20.00 und 8.00 Uhr:  
25,90 DM (Abrechnungsnummer 7239);
- g) Pauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich bei konsiliarischer Tätigkeit nach den Nrn. 42 EBM oder als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Tage zwischen 8.00 und 20.00 Uhr:  
21,00 DM (Abrechnungsnummer 7160)
- h) Pauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich bei konsiliarischer Tätigkeit nach den Nrn. 42 EBM oder als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Nacht zwischen 20.00 und 8.00 Uhr:  
29,00 DM (Abrechnungsnummer 7161).

(4) Für Besuche im Ärztlichen Notfalldienst Hamburg, die nicht mit zur Verfügung gestellten Taxen durchgeführt werden, erhält der Arzt Wegepauschalen nach Abs. 3.

(5) Für Notfallbesuche mit zur Verfügung gestellten Taxen gelten die vereinbarten Sätze.

(6) Für das Aufsuchen eines Kranken durch einen vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten Mitarbeiter der Praxis mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf werden die Kosten einschließlich Wegekosten entfernungsunabhängig pauschal mit DM 10,00 erstattet (Abrechnungsnummer 7180).

(7) Für das Aufsuchen eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (auch z.B. Altenheime) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Aufsuchen eines Kranken nach Abs. 6 werden die Kosten einschließlich Wegekosten entfernungsunabhängig pauschal mit DM 5,00 erstattet (Abrechnungsnummer 7181).

(8) Die Pauschalen nach den Absätzen 6 und 7 können nur berechnet werden, wenn der Kranke aus medizinischen Gründen die Arztpraxis nicht aufsuchen kann. Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte Mitarbeiter darf nur die Leistungen erbringen, die an ihn vom Vertragsarzt im Einzelfall delegiert worden sind. Diese Leistungen sind neben den Pauschalen nach den Absätzen 6 und 7 berechnungsfähig.

(9) Ist aus medizinischen Gründen ein sofortiger Transport von Untersuchungsmaterial notwendig, werden die hierfür notwendigen Taxikosten gesondert erstattet.

(10) Im übrigen gelten die Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes der KVH und die zwischen der AOK Hamburg und der KVH geschlossenen Verträge.

(11) Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes der KVH, die sich auf die Berechnung der Gesamtvergütung auswirken, bedürfen des Einvernehmens mit der AOK Hamburg.

#### § 4

(1) Notfallbehandlungen von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten sowie Notfallbehandlungen in Krankenhäusern werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen nach Maßgabe des EBM vergütet. Das gilt nicht für organisierte privatärztliche Notdienste. Für die Vergütung von ambulanten Notfallbehandlungen in Krankenhäusern findet § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechende Anwendung.

(2) Notfalleistungen der Krankenhäuser sind nicht als ambulante Notfallbehandlungen berechnungsfähig, wenn sich die Notwendigkeit der stationären Aufnahme ergibt und diese am gleichen Tag erfolgt.

#### § 5

(1) Leistungen von Ärzten, die mit einer Gebietsbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind grundsätzlich nur insoweit abrechnungsfähig, als sie in das Gebiet des betreffenden Arztes fallen. Leistungen von Ärzten, die mit einer Teilgebietsbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind im wesentlichen nur insoweit abrechnungsfähig, als sie in das Teilgebiet des betreffenden Arztes fallen. Leistungen von Ärzten, die als Anästhesisten, Laborärzte, Nuklearmediziner, Pathologen oder Radiologen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind mit Ausnahme von Notfällen nur auf Überweisung durch einen anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt abrechnungsfähig.

(2) Soweit für den Bereich der KVH Qualifikationserfordernisse gem. § 11 BMV-Ärzte bestehen, setzt die Abrechnung der Leistungen den Nachweis der Qualifikation gegenüber der KVH voraus.

(3) Notfälle im Sinne von Absatz 1 liegen nur dann vor, wenn eine Verweisung an einen zur Abrechnung der Leistung uneingeschränkt berechtigten Arzt nach Lage des Falles nur unter Gefahr für Leben, Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit des Patienten möglich oder mit unzumutbaren Beschwerden für den Patienten verbunden wäre.

(4) Notwendige Sachkosten, die nicht mit den Gebühren des EBM abgegolten werden, sind - vorbehaltlich etwaiger abweichender Regelungen in der jeweils gültigen Sprechstundenbedarfsvereinbarung - auf dem Behandlungsausweis (Abrechnungsschein) über die KVH abzurechnen. Die AOK Hamburg ist berechtigt, die Kosten im Einzelfall zu überprüfen. Dazu wird die KVH auf Verlangen die Originalbelege vom Arzt anfordern und der Kasse vorlegen.

(5) Der Einsatz von Blankoformularen wird ab dem 01.07.2000 auf der Grundlage der jeweils gültigen Fassung der Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken für die vertrags-

ärztliche Versorgung sowie des "Technischen Handbuchs Blankoformularbedruckung" in seiner gültigen Fassung vereinbart. § 34 BMV-Ä gilt entsprechend.

## **§ 6**

(1) Nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehörende Leistungen werden nicht vergütet.

(2) Der Vergütungsanspruch von vertragsärztlichen Leistungen verjährt gegenüber der AOK Hamburg zu dem Zeitpunkt, zu dem der Anspruch des Vertragsarztes auf Abrechnung von Behandlungsausweisen gegenüber der KVH nach dem HVM verjährt.

## **§ 7**

Für die Berechnung der zur vertragsärztlichen Versorgung gehörenden ambulanten ärztlichen Leistungen, die von Universitätskliniken, Krankenhäusern und anderen ärztlich geleiteten Einrichtungen erbracht werden, gelten die von der KVH im Einvernehmen mit der AOK Hamburg vereinbarten Sätze.

## **§ 8**

(1) Die KVH stellt jedem Vertragsarzt einen Arztstempel zur Verfügung. Die Kosten hierfür trägt die KVH. Der Arztstempel enthält folgende Angaben:

- a) Arztnummer,
- b) Name des Arztes in der behördlich beurkundeten Form,
- c) Gebiets- und/oder Teilgebiets- bzw. Zusatzbezeichnung entsprechend der Zulassung für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
- d) Anschrift und Telefonnummer des Vertragsarztsitzes

Weitere Angaben sind unzulässig.

(2) Der Verlust des Arztstempels ist der KVH unverzüglich mitzuteilen. Bei dauerndem oder vorübergehendem Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Tätigkeit ist der Vertragsarztstempel an die KVH zurückzugeben.

## **§ 9**

Das Verfahren zur Durchführung von Plausibilitätskontrollen durch die KVH gem. § 83 Abs. 2 SGB V wird als Anlage B zum Gesamtvertrag geregelt.

## § 10

- (1) Die KVH faßt die von ihr sachlich und rechnerisch richtiggestellten und geprüften Honorarforderungen als Abrechnung zusammen und leitet sie der AOK Hamburg zu. Diese kann innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Gesamtabrechnung (§ 12 Abs. 3) zur Honoraranforderung des einzelnen Arztes wegen sachlicher oder rechnerischer Mängel der Abrechnung Widerspruch einlegen. Im übrigen gelten für nachträgliche Berichtigungen der Honoraranforderungen des einzelnen Arztes die Bestimmungen des HVM der KVH.
- (2) Das Verfahren bei Widersprüchen wegen Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise richtet sich nach der Prüfungsvereinbarung.
- (3) Die Frist des Abs. 1 gilt nicht für Ansprüche auf Schadensersatz wegen unerlaubter Handlung bei der Honorarabrechnung.
- (4) Sachlich-rechnerische Berichtigungen von weniger als 50,-- DM je Vertragsarzt-abrechnung werden nicht vorgenommen.

## § 11

- (1) Zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung im einzelnen werden bei der KVH Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse eingerichtet. Die Zusammensetzung der Ausschüsse und das Verfahren der Ausschüsse richtet sich nach der Prüfungsvereinbarung.
- (2) Die Kosten für die Tätigkeit der Mitglieder in den Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen tragen die entsendenden Körperschaften. Die Verteilung der Kosten der Geschäftsstelle der Ausschüsse erfolgt nach den Regelungen in der Prüfungsvereinbarung. Prozeßkosten (außergerichtliche Kosten eines Vertragsarztes), die der Beschwerdeausschuß nach Urteil, Beschluß oder Vergleich zu erstatten hat, trägt die AOK Hamburg zu einem Viertel.

## § 12

- (1) Von der KVH werden die ärztlichen Leistungen getrennt nach

- a) Mitgliedern,
- b) Familienangehörigen und
- c) Rentnern einschließlich deren Familienangehörigen

abgerechnet.

- (2) Bei der Abrechnung werden diejenigen Beträge aus sachlichen bzw. rechnerischen Berichtigungen und Entscheidungen der Prüfungseinrichtungen der KVH berücksichtigt, die zum Zeitpunkt der Abrechnung dem Arzt gegenüber mehr als zwei Wochen wirksam sind. Hierbei ist erforderlichenfalls sinngemäß nach den Bestimmungen des § 52 Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte zu verfahren.

(3) Die AOK Hamburg erhält - vorbehaltlich abweichender Regelungen in Satz 2 und 3 - als Abrechnungsunterlagen

- a) die Gesamtrechnung einschließlich Formblatt 3 (Die Ausweisung der Leistungen in Formblatt 3 erfolgt einschließlich regionaler Sonderverträge bis Ebene 6 - Gebührennummernebene. Diese Ausweisung findet erstmalig bei der Abrechnung für das 3. Quartal 2009 Anwendung.)
- b) für jeden Arzt eine Zusammenstellung der einzelnen Leistungen je Behandlungsfall vor der Prüfung (Einzelfallnachweis)
- c) Summenlisten, aus denen die Honoraranforderungen in Punkten je Arzt und je Fachgruppe vor der Prüfung ersichtlich sind (Zusammenstellung der Arztabrechnungen)
- d) die vom Arzt eingereichten Behandlungsausweise
- e) Zusammenstellungen aller Leistungen vor der Prüfung für alle Krankenkassen je Arzt und je Fachgruppe, aufgegliedert nach den Nummern des EBM und bezogen auf 100 Fälle (Häufigkeitsstatistik).

Die Verpflichtung zur Übersendung der Unterlagen zu e) bezieht sich nur auf die Abrechnung der in Hamburg an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte. Im übrigen gelten die Bestimmungen des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern (Anlage 6 BMV-Ä).

(4) Die AOK Hamburg stellt der KVH vierteljährlich Angaben über die Mitgliederzahlen zur Verfügung.

### **§ 13**

(1) Die berechnete Gesamtvergütung wird vierteljährlich, und zwar 15 Tage nach Eingang der Abrechnungsunterlagen (§ 12 Abs. 3 dieses Vertrages) fällig. Die KVH ist befugt, in begründeten Fällen, Abrechnungen gem. § 7 dieses Vertrages und Abrechnungen einzelner an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Ärzte zu einem späteren Zeitpunkt nachzureichen. Die Abrechnung erfolgt im nächstmöglichen Quartal.

(2) Die AOK Hamburg leistet monatliche Abschlagszahlungen. Deren Höhe beträgt 30,5 % der Gesamtvergütung für das gleiche Kalendervierteljahr des Vorjahres. Bewegungen in der Zahl der Mitglieder in Vorquartalen sind zu berücksichtigen. Die Abschlagszahlungen sind jeweils bis zum 08. eines Monats für den Vormonat zu leisten.

(3) Überzahlungen werden als Vorauszahlungen für das folgende Kalendervierteljahr berücksichtigt.

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

## § 14

(1) Dieser Vertrag tritt mit Wirkung vom 1.1.1996 in Kraft. Gleichzeitig tritt der Gesamtvertrag zwischen der KVH und der AOK Hamburg vom 1. März 1988 mit seinen Nachträgen außer Kraft.

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

(3) Die kündigende Partei unterrichtet gleichzeitig mit der Kündigung gem. § 89 Abs. 1 SGB V das Schiedsamt.

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

## **Anlage B**

### **zum Gesamtvertrag zwischen der KVH und der AOK Hamburg**

**vom 18. April 1996  
in der Fassung des 1. Nachtrages vom 15.12.1997**

#### **Verfahren zur Durchführung von Plausibilitätskontrollen gem. § 83 Abs. 2 SGB V**

1. Nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen ist es Aufgabe der KVH, die eingereichten Abrechnungen der Vertragsärzte auf sachliche Richtigkeit zu prüfen und sie ggf. vor Verteilung der Gesamtvergütungen zu berichtigen (§§ 75 Abs. 1 Satz 1 und 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V; § 45 BMV-Ärzte; § 8 HVM).
2. Berichtigungen nach den obigen Bestimmungen sind u.a. dann vorzunehmen, wenn Auffälligkeiten bestehen, die Zweifel an der Plausibilität der abgerechneten Leistungen begründen.
3. Zur Durchführung von Plausibilitätskontrollen durch die KVH werden in jedem Quartal mindestens 2 % der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte bzw. ärztlich geleiteten Einrichtungen für eine nähere Überprüfung der Plausibilität der abgerechneten Leistungen ausgewählt. In diesen Fällen werden die Abrechnungen insbesondere auf folgende beispielhaften Auffälligkeiten überprüft, die Zweifel an der Plausibilität begründen können:
  - 3.1 Inkompatibilität zwischen angegebenen Diagnosen und abgerechneten Leistungen,
  - 3.2 systematische Korrekturen von Diagnosen oder abgerechneten Leistungen,
  - 3.3 systematische Ergänzungen von Diagnosen oder abgerechneten Leistungen,
  - 3.4 systematische Korrekturen am Behandlungsdatum bei Leistungen, die bei derselben Inanspruchnahme nicht nebeneinander berechnungsfähig sind,
  - 3.5 erkennbar falsche Datumseintragungen,
  - 3.6 häufige "Verteilung" nicht nebeneinander abrechenbarer Leistungen auf kurz nacheinander folgende Tage (oder Uhrzeitangaben),
  - 3.7 stereotype Abrechnung von Kombinationen aus Gebührenordnungsnummern,

- 3.8 Häufigkeit von abgerechneten Leistungen an bestimmten Tagen (z. B. Quartalsanfang) oder insgesamt unter Beachtung der Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung,
- 3.9 Häufung von Leistungen, die in vergleichbaren Praxen gar nicht oder nur ganz selten (in verschwindend geringem Umfang) vorkommen.
4. Aus besonderem Grund, so z.B. bei eingreifenden Änderungen des EBM (insbesondere Budgetierung von Leistungen, Fortfall der Abrechenbarkeit von Leistungen im Zusammenhang mit Bildung von Komplexgebühren, Veränderung der Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen usw.) können über den Umfang der Nr. 3 hinaus weitere Plausibilitätskontrollen durch die KVH durchgeführt werden. Hier können weitere Auffälligkeiten Anlaß zu Abrechnungsberichtigungen sein (weil sie berechtigte Zweifel an der richtigen Anwendung der geänderten Gebührenordnung begründen). Hinweise auf solche unzutreffenden Anwendungen neuer/geänderter EBM-Bestimmungen können beispielsweise geben
- offenbares Ausweichen auf bisher nicht oder nur selten abgerechnete Leistungen, insbesondere dann, wenn die Empfehlung entsprechender Ausweichstrategien bekannt sind und ein Vergleich der Abrechnungen des Arztes vor und nach der EBM-Änderung erhebliche absolute oder relative Abweichungen in den Zahlen der abgerechneten Leistungen ergeben (Vertikalvergleich).
5. Offensichtliche Implausibilitäten, die im Rahmen der beschriebenen Plausibilitätskontrollen festgestellt werden, bewirken die Vermutung einer sachlichen Unrichtigkeit der Abrechnung und führen zu entsprechenden Berichtigungen, sofern der betroffene Arzt nicht nachweisen kann, daß die Abrechnung trotz der offensichtlichen Implausibilität sachlich richtig ist.

## **Anlage F**

### **zum Gesamtvertrag zwischen der KVH und der AOK Hamburg**

**vom 18. April 1996  
in der Fassung des 12. Nachtrages vom 21.04.2005**

Regelung bei Überschreitungen der Ausgabenvolumina für Arznei-, Verband- und Heilmittel gemäß § 84 Abs. 3 Satz 1 SGB V

#### **§ 1 Anwendungsbereich**

(1) Die Vorschriften dieser Anlage gelangen nur dann zur Anwendung, wenn die tatsächlich festgestellten Ausgabenvolumina für Arznei-, Verband- und Heilmittel nach § 84 Abs. 5 Satz 1 bis 3 SGB V die vereinbarten Ausgabenvolumina für Arznei- Verband- und Heilmittel nach § 84 Abs. 1 und Abs. 8 SGB V für ein Kalenderjahr rechnerisch überschreiten. Maßgeblich hierfür ist ausschließlich die Übermittlung der Ausgaben durch die Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 84 Abs. 5 SGB V.

(2) Die Vorschriften dieser Anlage finden keine Anwendung, soweit die Ursachen der Überschreitung auf Umständen beruhen, die nicht von den Vertragsärzten zu vertreten sind und die Partner der Arznei- und Heilmittelvereinbarung darüber binnen 4 Monaten nach der Ausgabenmeldung gem. § 84 Abs. 5 SGB V eine verbindliche Festlegung treffen.

(3) Eine Saldierung von Zielverfehlungen zwischen Arznei- und Verbandmitteln einerseits sowie Heilmitteln andererseits findet nicht statt.

#### **§ 2 Regressanspruch der Krankenkasse**

(1) Bei Bestehen eines Überschreitungsbetrages nach § 1 erwerben die durch die AOK Hamburg vertretenen Krankenkassen gegenüber den Vertragsärzten, welche die im besonderen Teil der Zielvereinbarungen der Arznei- und Heilmittelvereinbarung (Indikationsbezogene Zielvereinbarungen) definierten Versorgungsziele nicht erreichen, jeweils einen Regressanspruch, der auf Ausgleich der durch die Nichterreichung der Ziele im Einzelfall entstandenen Mehrkosten für Arznei- und Heilmittelverordnungen gerichtet ist. Dies gilt nur, soweit das Abweichen von den Versorgungszielen nicht durch zwingende medizinische Gründe geboten oder gegenüber anderen Therapiealternativen die kostengünstigere Variante ist. Die Beweislast für die Anspruchsbegrenzung nach Satz 2 trägt der Vertragsarzt.

(2) Zur Ermittlung des Anspruchs gegenüber dem einzelnen Vertragsarzt werden durch Zielverfehlung in den einzelnen Zielfeldern über alle Krankenkassen entstandene Mehrkosten für Arznei- und Heilmittel mit durch Unterschreitung von Verordnungszielen realisierten Einsparungen je Zielfeld arztbezogen saldiert. Danach verbleibende Mehrkosten werden im Verhältnis der Anteile der Mehrkosten der einzelnen Krankenkassen

quotiert und ergeben so die Obergrenze des Anspruchs der einzelnen Krankenkasse vorbehaltlich der in Abs. 1 Satz 2 genannten Umstände.

(3) Die Gesamthöhe aller Ansprüche nach Abs. 1 ist auf die Gesamthöhe der Überschreitung der Ausgabenvolumina nach § 1 Abs. 2 begrenzt. Übersteigen die durch Zielverfehlung entstandenen Mehrkosten –ausweislich der für die Ermittlung der Zielerreichung maßgeblichen Daten– der Gesamtheit der an der Arznei- und Heilmittelvereinbarung beteiligten Krankenkassenverbände die Überschreitung des Ausgabenvolumens, so sind diese Mehrkosten insgesamt nur im Verhältnis zur rechnerischen Überschreitung der Ausgabenvolumina insgesamt abzugsfähig. Die Höhe der einzelnen Regressansprüche gegen Vertragsärzte ist in diesem Fall zusätzlich bis zur Höhe des berücksichtigungsfähigen Gesamtanteils zu quotieren. Verbindliche Festlegungen der Partner der Arznei- und Heilmittelvereinbarung i. S. v. § 1 Abs. 2 sind bei der Berechnung der Quote zu berücksichtigen.

Werden im Rahmen der Arznei- und Heilmittelvereinbarung für indikationsbezogene Zielvereinbarungen andere Zeiträume, als der Geltungszeitraum der Vereinbarung (i. d. R. Kalenderjahr) festgeschrieben, so sind bei der Ermittlung der Anspruchshöhe die Daten der von der Geltung der Zielvereinbarungen betroffenen Kalendervierteljahre zugrunde zu legen. Im Rahmen der Quotierungen sind Überschreitungen der Ausgabenvolumina je Kalendervierteljahr mit 25% der Gesamtüberschreitung zu berücksichtigen.

(4) Die Berechnungen zur Ermittlung von Regressansprüchen aufgrund von Zielverfehlungen und die Berechnungen nach Abs. 2 und 3 werden auf der Grundlage der Verordnungsdaten nach PZN für die Richtgrößenprüfung durchgeführt. Bei der Ermittlung der Höhe von Regressansprüchen sind die durch Zielverfehlung entstandenen Mehrkosten heranzuziehen. Maßgebend sind die aus den Verordnungsdaten ermittelten Nettokosten. Darüber hinausgehende Regressansprüche der durch die AOK Hamburg vertretenen Krankenkassen aufgrund von Differenzen zu den Daten der Ausgabenmeldung nach § 84 Abs. 5 SGB V sind ausgeschlossen. Regressansprüche von Krankenkassen kommen darüber hinaus nur in Betracht, soweit Daten vorgelegt werden.

(5) Mit der Feststellung und Ermittlung der Höhe von einzelnen Regressansprüchen werden die Prüfungsgremien nach § 106 SGB V beauftragt. Näheres zum Verfahren regelt die Prüfungsvereinbarung.

### **§ 3 Durchsetzung der Ansprüche**

(1) Bestandskräftige Regressansprüche der durch die von die AOK Hamburg vertretenen Krankenkassen werden in vier gleich große Teilbeträge aufgeteilt. Die KVH verrechnet diese Regressansprüche mit den in den auf den Eintritt der Bestandskraft folgenden vier Kalendervierteljahren entstehenden Honorarforderungen des Vertragsarztes. Eine Verrechnung findet einmal je Kalendervierteljahr statt. Die so erlangten Beträge werden unverzüglich an die Krankenkassen weitergeleitet. Soweit nur Teilbeträge realisiert werden können, werden diese im Verhältnis der Ansprüche aller nach gesamtvertraglichen Regelungen gegenüber dem jeweiligen Vertragsarzt aufgrund von Zielverfehlungen anspruchsberechtigten Krankenkassen quotiert. Können Regressansprüche in den vier auf den Eintritt der Bestandskraft folgenden Kalendervierteljahren auf diesem Wege nicht oder nicht vollständig beigetrieben werden, werden die Forde-

rungen nach schriftlicher Unterrichtung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg von der anspruchsberechtigten Krankenkasse unmittelbar eingezogen.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg ist berechtigt, Ansprüche der Krankenkassen gegen Vertragsärzte nach Maßgabe von § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB IV zu stunden. Die KVH übermittelt der Krankenkasse jeweils Aufstellungen der danach zu zahlenden Teilbeträge; Abs. 1 findet insoweit keine Anwendung.

(3) Abs. 1 Satz 6 findet entsprechende Anwendung, wenn und soweit offenkundig die Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Nr. 2 SGB IV vorliegen oder der Vertragsarzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg das Vorliegen der Voraussetzungen zum Erlaß einer Forderung nach Maßgabe von § 76 Abs. 2 Nr. 3 SGB IV glaubhaft macht.

(4) Verrechnungen von Ansprüchen der Krankenkassen gegenüber einzelnen Ärzten mit der Gesamtvergütung sowie eine Haftung der KVH für die Beitreibbarkeit der Ansprüche sind ausgeschlossen.

#### **§ 4 Inkrafttreten, Kündigung**

Diese Anlage des Gesamtvertrages tritt zum 01.07.2005 in Kraft und kann abweichend von den übrigen Bestimmungen von jedem der Vertragspartner mit einer Frist von 12 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

# PROTOKOLLNOTIZ

## zur Anlage F

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH und der AOK Hamburg  
vom 18. April 1996 in der Fassung des 12. Nachtrages vom 21. April 2005

Die Vertragspartner sind sich einig, daß Einreden aufgrund der Ergebnisse der Bewertungen hinsichtlich der Ursachen der Überschreitung von Ausgabenvolumina i. S. v. § 84 Abs. 3 SGB V gegen den Bestand von Ansprüchen der Krankenkassen nach dieser Anlage sowie die Durchführung von Anspruchsprüfungen nicht erhoben werden können.

Die Vertragspartner sind sich weiterhin darüber einig, daß die Feststellungen des Prüfungsausschusses nach § 19 Abs. 3 der Prüfungsvereinbarung im Rahmen der Bewertung der Erfüllung der Zielvereinbarungen nach § 84 Abs. 3 Satz 2 SGB V verbindlich sind. Das weitere rechtliche Schicksal einzelner Regressansprüche bleibt in diesem Zusammenhang außer Betracht.

Die Vertragspartner sind sich weiterhin darüber einig, daß im Rahmen der Bewertung des Verordnungsgeschehens nach § 84 Abs. 3 Satz 2 SGB V die hinsichtlich der Zielerreichung verbindlichen Feststellungen des Prüfungsausschusses nicht durch Umstände relativiert oder beeinflußt werden können, welche die Arzneimittelversorgung in den Feldern betreffen, für die keine Zielvereinbarungen getroffen wurden. Der gemäß § 19 Abs. 3 der Prüfungsvereinbarung von den Prüfungsgremien festgestellte Überschreibungsbetrag wird daher von den Vertragspartnern als nach gemeinsamer Bewertung minimal feststehender Überschreibungsbetrag des Ausgabenvolumens anerkannt, soweit er den Betrag der nach § 1 Abs. 2 getroffenen verbindlichen Festlegung der Parteien nicht überschreitet.

## Anlage H

### **zum Gesamtvertrag zwischen der KVH und der AOK Hamburg**

**vom 18. April 1996  
in der Fassung des 22. Nachtrages vom 15.12.2009**

Vereinbarung über die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Rahmen des Mammographie-Screenings in der gesetzlichen Krankenversicherung

#### **§ 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 EBM-Nrn. 01750 bis 01758 und Kapitel 40, Abschnitt 40.16 EBM außerhalb der kopfpauschalieren Gesamtvergütung. Die Leistungen werden über die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg abgerechnet.

#### **Ab 01.01.2009 lautet Absatz (1) gem. 19. Nachtrag zum Gesamtvertrag wie folgt:**

- (1) Die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Mammographie-Screening erfolgt entsprechend der Maßgabe des EBM, Kapitel 1.7.3 und Kapitel 40, Abschnitt 40.16 EBM außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung. Die Leistungen werden über die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg abgerechnet.
- (2) Die Vertragspartner vereinbaren einen Punktwert für die abgerechneten Leistungen, der quartalsweise entsprechend der Teilnehmerquote angepasst wird. Es wird folgende Staffelung des Punktwertes vereinbart:

Teilnehmerquote	Punktwert in Cent
bis < 40%	5,11
40% bis < 50%	4,95
50% bis < 60%	4,80
60% bis < 70%	4,65
ab 70%	4,50

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

#### **Ab 01.01.2009 lautet Absatz (2) gem. 19. Nachtrag zum Gesamtvertrag wie folgt:**

- (2) Der Punktwert für die Vergütung der abgerechneten Leistungen ist der Punktwert zur Kalkulation der Vergütung der Leistungen nach der regionalen Euro-Gebührenordnung im Jahre 2009 (3,5001 Cent). Die Partner dieser Vereinbarung stellen fest, dass zur Sicherstellung einer ausreichenden und bedarfsgerechten

Versorgung unter Berücksichtigung der bisherigen gesamtvertraglichen Regelungen zu einer angemessenen Vergütung weitere Regelungen erforderlich sind. Dies erfolgt im Versorgungsbereich Hamburg in Form der nachfolgend quartalsweise entsprechend der Teilnehmerquote anzuwendenden Staffelung mittels leistungsbezogener Zuschläge zum regionalen Punktwert. Auf diese Weise soll eine Absenkung der Vergütung unter das Niveau des Jahres 2008 vermieden werden:

<b>Teilnehmerquote</b>	<b>Punktwert</b>	<b>Leistungsbezogener Zuschlag auf den Punktwert in Cent</b>
bis < 50%	3,5001	0,1857
50% bis < 60%	3,5001	0,0740
ab 60%	3,5001	-

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

**Ab 01.01.2010 lautet Absatz (2) gem. 22. Nachtrag zum Gesamtvertrag wie folgt:**

- (2) Der Punktwert für die Vergütung der abgerechneten Leistungen ist der Punktwert zur Kalkulation der Vergütung der Leistungen nach der regionalen Euro-Gebührenordnung im Jahre 2010 (3,5048 Cent). Die Partner dieser Vereinbarung stellen fest, dass zur Sicherstellung einer ausreichenden und bedarfsgerechten Versorgung unter Berücksichtigung der bisherigen gesamtvertraglichen Regelungen zu einer angemessenen Vergütung weitere Regelungen erforderlich sind. Dies erfolgt im Versorgungsbereich Hamburg in Form der nachfolgend quartalsweise entsprechend der Teilnehmerquote anzuwendenden Staffelung mittels leistungsbezogener Zuschläge zum regionalen Punktwert. Auf diese Weise soll eine Absenkung der Vergütung unter das Niveau des Jahres 2008 vermieden werden:

<b>Teilnehmerquote</b>	<b>Punktwert</b>	<b>Leistungsbezogener Zuschlag auf den Punktwert in Cent</b>
bis < 50%	3,5048	0,1810
50% bis < 60%	3,5048	0,0693
ab 60%	3,5048	-

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

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

## **§ 2 Definition der Teilnahme**

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

## **§ 3 Inkrafttreten**

Dieser Vertrag tritt mit Wirkung zum 01.04.2006 in Kraft. Er kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Kalenderjahr gekündigt werden. Die Kündigung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

# **PROTOKOLLNOTIZ**

## **zur Anlage H**

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH und der AOK Hamburg  
vom 18. April 1996 in der Fassung des 13. Nachtrages vom 24. Januar 2006

Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, die Bundesempfehlung nach § 86 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur angemessenen Veränderung der Gesamtvergütungen im Rahmen der Einführung des nationalen Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum 01. Januar 2004 umzusetzen.

## **Anlage I**

**zum Gesamtvertrag zwischen der KVH  
und der AOK Rheinland/Hamburg**

**vom 18. April 1996  
in der Fassung des 18. Nachtrages vom 11. Juni 2010**

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

#### **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 Teilnahme genehmigung 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.

<b>Leistungsbeschreibung</b>	<b>Abr.-Nr.</b>	<b>Vergütung</b>
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 KVH, der Zahlungstermine, der rechnerischen/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages zwischen den Vertragspartnern mit der Maßgabe, dass eine Abrechnung direkt mit den durch die rubrizierenden Vertragspartner repräsentierten Krankenkassen erfolgt.

## **§ 7 Schweigepflicht / Datenschutz**

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

## **§ 8 Schriftform**

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.

## **§ 9 Salvatorische Klausel**

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

## **§ 10 Laufzeit und Kündigung und Beitritt bzw. Widerruf**

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

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

**Anlage 1**

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

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Humboldtstr. 56  
22083 Hamburg

**A N T R A G**

auf Teilnahme am Vertrag zur qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung

**I. Persönliche Angaben**

.....  
LANR

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

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

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

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

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

in Einzelpraxis \_ in Gemeinschaftspraxis \_ im MVZ .....

bei Gemeinschaftspraxis bitte Partner angeben

.....

## II. Fachliche Anforderungen

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

## III. Erklärung

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

Ich verpflichte mich,

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

## IV. Allgemeines

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

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift/Vertragsarztstempel

## **Anlage 2**

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

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

#### **Persönliche fachliche Anforderungen**

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

#### **Personelle Ausstattung der Praxis**

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

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

#### **Medizinisch-technische Ausstattung**

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

## Protokollnotiz

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

## Anlage K

zwischen der KVH  
und der AOK Rheinland/Hamburg

zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996  
in der Fassung des 20. Nachtrages vom 20. April 2011

### Vereinbarung

### über die Vergütung von

### Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch

#### 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 01. April 2011 in Kraft.

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

**Anlage 1**  
ZUR  
**Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch**

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

## **Protokollerklärung**

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

**Hamburg, den 20.04.2011**

## **Anlage L**

**zwischen der KVH  
und der AOK Rheinland/Hamburg**

**zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996  
in der Fassung des 24. Nachtrags  
vom 01.07.2011**

**Vertrag zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung  
von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S**

## Inhaltsverzeichnis

Präambel	6
Abschnitt 1 – Versorgungsziel	
§ 1 Ziele des Vertrages	7
Abschnitt 2 - Besondere ambulante ärztliche Versorgung	
§ 2 Kernaufgaben	8
§ 3 Aufgaben der Leistungserbringer	9
Abschnitt 3 – Patienten	
§ 4 Teilnahmeberechtigte Patienten	11
§ 5 Patienteninformation	12
Abschnitt 4 - Teilnahme von Leistungserbringern	
§ 6 Teilnahmeberechtigte Ärzte und Psychiater	12
§ 7 Teilnahmeberechtigte Psychotherapeuten	13
§ 8 Teilnahmeverfahren	14
Abschnitt 5 - Qualitätssicherung und –management	
§ 9 Qualitätssichernde Maßnahmen	15
§ 10 Evaluation	16
§ 11 Wirtschaftlichkeitsgebot	16
Abschnitt 6 – Programmsteuerung	
§ 12 Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg	16
§ 13 Öffentlichkeitsarbeit und Information	17
§ 14 Lenkungsgremium	17
§ 15 Datenschutz, Datentransparenz und -austausch	18
Abschnitt 7 - Vergütung und Abrechnung	
§ 16 Vergütung	18
§ 17 Abrechnung	19
Abschnitt 8 - Abschließende Bestimmungen	
§ 18 Anpassungsklausel	19
§ 19 Laufzeit und Kündigung	19
§ 20 Salvatorische Klausel	20

## **Anlagen**

- Anlage 1 Kriterien Verdachtsdiagnose
- Anlage 2 Sicherung der Diagnose AD(H)S, Differenzialdiagnostik und Erfassung von Komorbiditäten
  - Anlage 2.1 Diagnosebogen
  - Anlage 2.2 Übersicht Fragebögen zu Diagnosesicherung, Differenzialdiagnostik und Dokumentation
- Anlage 3 Indikationsstellung und Durchführung von Behandlungsmodulen
- Anlage 4 AD(H)S-Qualitätszirkel
- Anlage 5 Evaluation
- Anlage 6 Individuelle Patienteninformation
- Anlage 7 a Patiententeilnahmeerklärung Ärzte
- Anlage 7 b Patiententeilnahmeerklärung Psychotherapeuten/Psychiater
- Anlage 7 c Ausscheidende Versicherte
- Anlage 8 Teilnahmeerklärung des Leistungserbringers
- Anlage 9 Vergütung

## Präambel

Die Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-)Störung (im Folgenden AD(H)S abgekürzt) ist eine der häufigsten Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Abhängig von Erhebungsmethode und Diagnosekriterien gelten in Deutschland ca. 2 bis 6 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren als betroffen. Die Fallzahlen sowie die Behandlungskosten steigen kontinuierlich. AD(H)S ist die weitaus häufigste Ursache für Lern- und Leistungsstörungen und Störungen im Sozialverhalten. Das soziale Umfeld in Familie, Kindergarten, Schule und Arbeitsstätte ist entsprechend mitbetroffen. Un- oder fehlbehandelt erreichen viele dieser Kinder und Jugendlichen keine begabungentsprechenden Schul- und Berufsausbildungsabschlüsse, können keine beständigen sozialen Bindungen aufbauen und erhalten. Betroffene weisen entsprechend oft Komorbiditäten auf. Darüber hinaus ist AD(H)S mit einem stark erhöhten Risiko für Unfälle verbunden. Die regional unterschiedlichen Versorgungsangebote werden von den betroffenen Familien oft unkoordiniert in Anspruch genommen. Die Behandlung erfolgt nicht durchgängig auf der Basis geltender Standards.

Aus diesem Grund wird in diesem Vertrag ein besonderes Gewicht auf einen qualitätsgesicherten Ablauf der diagnostischen und differenzialdiagnostischen Untersuchung gelegt, vor allem unter Berücksichtigung des sozialen Umfeldes der Kinder und Jugendlichen, d. h. in Familie, Kindergarten, Schule und Arbeitsstätte. Insgesamt fördert der Vertrag eine koordinierte Behandlung und stellt im ambulanten Bereich eine flächendeckende qualitätsgesicherte Diagnose und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S-Symptomen durch die drei Leistungsmodule „AD(H)S spezifisches Diagnostik- und Explorationsmodul“, „AD(H)S-Zusatzpauschale Steuerungs- und Koordinationsmodul“ und „AD(H)S-Zusatzpauschale Schulungsmodul“ sicher. Zusätzlich werden im psychotherapeutischen Bereich einmal monatlich Sprechstunden an einem Samstag angeboten, um so das Angebot an psychotherapeutischen Leistungen zu erweitern und die Wartezeiten zu verkürzen.

Der Vertrag knüpft an die Eckpunkte der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Oktober 2002 durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit AD(H)S an und füllt diese mit Inhalt.

## **Abschnitt 1 - Versorgungsziel**

### **§ 1 Ziele des Vertrages**

Das Ziel des Vertrages ist es, AD(H)S-betroffenen Kindern und Jugendlichen eine möglichst flächendeckende Versorgung anzubieten, die eine qualitativ hochwertige, leitlinienbasierte Diagnostik und Therapie in der ambulanten ärztlichen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung gewährleistet. Durch diagnostische und differenzialdiagnostische Maßnahmen im Rahmen des „AD(H)S spezifischen Diagnostik- und Explorationsmoduls“ wird sichergestellt, dass nur Patienten mit einer gesicherten Diagnose einer multimodalen Therapie zugeführt werden.

Daraus ergeben sich folgende Ziele im Einzelnen:

- a) Qualitätsgesicherte und sachgerechte Behandlung
- b) Sicherstellung einer koordinierten Zusammenarbeit aller Beteiligten, Informationsweitergabe und situationsbedingten Anleitung der sozialen Bezugspersonen im Rahmen des „AD(H)S-Zusatzpauschale Steuerungs- und Koordinationsmoduls“
- c) Situationsbedingte Anleitung der sozialen Bezugspersonen im Rahmen des „AD(H)S-Zusatzpauschale Steuerungs- und Koordinationsmoduls“
- d) Verbesserte Kommunikation und Kooperation mit den verschiedenen Spezialisten
- e) Klarheit und Sicherheit der betroffenen Familien über Behandlungsweg und Ansprechpartner durch das „AD(H)S Zusatzpauschale Schulungsmodul“
- f) Verbesserte Eingliederung der Patienten in das soziale Umfeld
- g) Minderung der Kernsymptome
- h) Besserung der komorbiden Störungen
- i) Vermeidung und Reduzierung von stationären Behandlungen
- j) Vermeidung von Doppeluntersuchungen
- k) Reduzierung von Fehltagen in Schule und Beruf (auch bei den Sorgeberechtigten)
- l) Kontrollierter Medikamenteneinsatz
- m) Effizienterer Einsatz der Ressourcen

## Abschnitt 2 - Besondere ambulante ärztliche Versorgung

### § 2 Kernaufgaben

Die besondere ambulante ärztliche, psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung übernehmen die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte und Psychiater gemäß § 6 Abs. 2 und 3 sowie die teilnehmenden Psychotherapeuten gemäß § 7. Die besondere ambulante Versorgung umfasst folgende Kernaufgaben, die sich aus den in § 1 genannten Zielen ableiten:

- a) Anwendung der derzeit gültigen evidenzbasierten Leitlinien der Fachverbände:
  1. „Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft AD(H)S der Kinder- und Jugendärzte vom Januar 2007“ und
  2. „Leitlinie Hyperkinetische Störungen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vom Juli 2007“ beziehungsweise in den jeweils gültigen künftigen Fassungen.
- b) Förderung und Aufbau von Strukturen, die eine koordinierte und abgestimmte Behandlung durch die Beschreibung von Schnittstellen und durch Qualitätszirkel ermöglichen
- c) Qualitätsgesicherter Ablauf der diagnostischen und differenzialdiagnostischen Untersuchung und Diagnosesicherung durch vertiefte Explorationsangebote im Rahmen des „AD(H)S-spezifischen (psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen) Diagnostik- und Explorationsmoduls“
- d) Krankheits- und situationsbezogene Anleitung der Angehörigen, Lehrer und Erzieher zum Umgang mit der Erkrankung sowie die kontinuierliche Erhebung und Weiterleitung von Informationen aus und in das soziale Umfeld und regelmäßiger Austausch mit Lehrern, Erziehern und weiteren an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern durch die „AD(H)S-Zusatzpauschale Steuerungs- und Koordinationsmodul“
- e) Koordinierte und fachübergreifende Versorgung der Versicherten
- f) Anwenden des multimodalen Behandlungskonzeptes
- g) Austausch über Behandlungs- bzw. Therapieinhalte und -ziele zu Beginn einer notwendigen Behandlung bzw. Psychotherapie mit den an der Behandlung bzw. Therapie Beteiligten sowie regelmäßiger Austausch über den Erfolg der vereinbarten Maßnahmen
- h) Situationsgerechte Einleitung oder Zuführung zu psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Leistungen
- i) Orientierung am individuellen Fall
- j) Medikamenteneinsatz in der ärztlichen und psychiatrischen Behandlung nur nach gesicherter Indikation
- k) Fortwährende Überprüfung und Überwachung des Medikamenteneinsatzes durch den Pädiater bzw. Psychiater

- l) Steigerung des Angebots von AD(H)S-spezifischem Elterntraining durch die „AD(H)S Zusatzpauschale Schulungsmodul“
- m) Hilfsangebote auch für die Angehörigen der Patienten, um den Familienzusammenhalt zu stärken und gegebenenfalls um Arbeitsausfälle der Sorgeberechtigten zu vermeiden
- n) Zusätzliche Öffnung der psychotherapeutischen Praxen, um das Angebot psychotherapeutischer Leistungen zu erhöhen
- o) Fortbildungs- und Qualifizierungsangebote für Ärzte, Psychotherapeuten und Psychiater
- p) Begleitende Evaluation

### § 3 Aufgaben der Leistungserbringer

#### (1) Einschreibung

Die teilnehmenden Leistungserbringer (teilnahmeberechtigte Ärzte und Psychiater nach § 6 sowie teilnahmeberechtigte Psychotherapeuten nach § 7) wählen in Frage kommende Patienten aus und beraten diese über die Modalitäten der Teilnahme an dem Vertrag. Das Programm richtet sich an Patienten, die schon vorab mit AD(H)S diagnostiziert wurden oder Patienten, bei denen der Verdacht auf AD(H)S besteht. Entscheidet sich der Patient an dem Vertrag teilzunehmen, veranlasst der Leistungserbringer die Einschreibung gemäß der Teilnahmeerklärung (**Anlage 7 a bzw. Anlage 7 b**) und leitet diese an die KV Hamburg weiter. Eine Kopie der Teilnahmeerklärung ist für den Patienten und eine für die Patientenakte vorgesehen.

#### (2) Diagnostik

Der Leistungserbringer stellt bei einem teilnehmenden Patienten die Verdachtsdiagnose nach den Kriterien in **Anlage 1**. Bei positiver Verdachtsdiagnose wird die Diagnose durch sorgfältige diagnostische und differenzialdiagnostische Untersuchungen, die in **Anlage 2** aufgeführt sind, gesichert. Hierbei sollen andere Ursachen ausgeschlossen und Komorbiditäten erfasst werden. Die differenzialdiagnostische Abklärung zu anderen Erkrankungen mit ähnlichen (Teil-) Symptomen und die Erfassung von Begleiterkrankungen bildet einen notwendigen Baustein zur Diagnosesicherung. Die Abklärung einer Verdachtsdiagnose soll einen Zeitrahmen von zwei Quartalen nicht überschreiten, um den Versicherten und ihren Angehörigen vermeidbare Sorgen und Ängste zu ersparen. Der Ablauf der Diagnosesicherung erfolgt gemäß **Anlage 2** und wird bei dem teilnehmenden Leistungserbringer abgelegt.

#### (3) Therapie

Wenn die Diagnose abschließend gesichert ist, wird die Therapie leitliniengemäß durchgeführt (**Anlage 3**). Der behandelnde Leistungserbringer ist verantwortlich für folgende Bereiche:

- a) Festlegung des Behandlungsplanes und der fallbezogenen Therapieziele
- b) Sicherstellung einer leitliniengemäßen Therapie unter Beachtung des multimodalen Behandlungskonzeptes
- c) Aufklärung des Patienten und der Familie/der Bezugspersonen oder der Sorgeberechtigten über den Behandlungsplan und Pflege der individuellen Patienteninformation (§ 5 Abs. 2).
- d) Ansprechpartner für die Familie
- e) Ggf. Rücksprache mit den an der Behandlung beteiligten Ärzten, Psychiatern und Therapeuten und Anpassung des Therapieplanes
- f) Ggf. Rücksprache/Kontakt mit anderen Beteiligten (z. B. Erzieher, Lehrer, Jugendhilfe etc.)
- g) Sicherstellung der mindestens halbjährlichen Überprüfung des Behandlungsverlaufes und der Therapie
- h) Sicherstellung der Dokumentation der Verdachtsdiagnostik, der Enddiagnostik und der einzelnen Therapieschritte
- i) Durchführung von Elterntrainingsseminaren

Nach drei Monaten bewertet der behandelnde Leistungserbringer den bisherigen Therapieverlauf, überprüft die Diagnose und korrigiert gegebenenfalls den Behandlungsplan. Insbesondere wird durch den behandelnden Arzt bzw. Psychiater entschieden, ob zu diesem Zeitpunkt eine medikamentöse Therapie angezeigt ist.

#### (4) Medikamentöse Therapie

Im Rahmen der ärztlichen bzw. psychiatrischen Therapie ist zuerst ein Behandlungsversuch ohne die Verschreibung von Medikamenten vorgesehen. Ausnahmen bei krisenhaften Situationen sind möglich. Sollte die psychosoziale Betreuung ohne Medikamente nicht erfolgreich sein, ist nach 3-6 Monaten die Notwendigkeit einer (zusätzlichen) medikamentösen Therapie zu prüfen. Vor einer medikamentösen Therapie und begleitend dazu sind psychoedukative, sozialpsychiatrische, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen am individuellen Fall orientiert anzuwenden.

#### (5) Psychotherapie

Die teilnehmenden Psychotherapeuten stellen sicher, dass bei Bedarf für die an diesem Vertrag teilnehmenden Kinder und Jugendlichen eine adäquate Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen sichergestellt wird. Hierzu öffnen die teilnehmenden Psychotherapeuten zusätzlich zu ihren regulären Öffnungszeiten einmal an einem festen Samstag im Monat ihre Praxis für mindestens 5 Stunden, um den an diesem Vertrag teilnehmenden Kindern und Jugendlichen zusätzliche Therapieplätze und Termine zu dieser besonderen Zeit anbieten zu können. Über die Termine informieren die teilnehmenden Psychotherapeuten die KV Hamburg rechtzeitig. Diese stellt der Krankenkasse eine regionale Übersicht der an den jeweiligen Samstagen geöffneten Praxen zur Verfügung.

## (6) Weiterer Therapieverlauf und Therapieende

Um eine optimale Therapie sicherzustellen, stimmen die teilnehmenden Leistungserbringer die Therapieinhalte und -ziele zu Beginn einer notwendigen Psychotherapie miteinander ab und tauschen sich regelmäßig über den Erfolg der vereinbarten Maßnahmen aus und nehmen ggf. Anpassungen im weiteren Therapieverlauf vor. Behandlungsfälle, bei denen die Therapieziele nicht erreicht werden, werden im Qualitätszirkel (**Anlage 4**) besprochen. Die Behandlungsziele und der weitere Einsatz der Therapie werden überprüft und gegebenenfalls angepasst. Kommt der behandelnde Leistungserbringer zu dem Ergebnis, dass die Behandlungsziele stabil erreicht sind, endet die Behandlung im Rahmen dieses Vertrages. Darüber soll die KV Hamburg unter Beachtung des Datenschutzes informiert werden (**Anlage 7 c**).

## (7) Dokumentation

Die patientenindividuellen Dokumentationen nach den **Anlagen 1, 2, und 6** verbleiben nach Abschluss der Behandlung in der Praxis des behandelnden Leistungserbringers für die Dauer von zwei Jahren. Die allgemeine ärztliche, psychotherapeutische bzw. psychiatrische Dokumentationspflicht bleibt hiervon unberührt.

# Abschnitt 3 - Patienten

## § 4

### Teilnahmeberechtigte Patienten

(1) Teilnahmeberechtigt sind Patienten im Alter von 6 bis 17 Jahren (6. Geburtstag bis 1 Tag vor dem 18. Geburtstag), die bei der Krankenkasse versichert sind und bei denen die Diagnose/Verdachtsdiagnose AD(H)S (F90.0, F90.1, F90.8 oder F90.9) gestellt wurde. Nach Diagnosesicherung ist die jeweils zutreffende ICD-10-Diagnose F90.0, F90.1, F90.8 oder F90.9 zu dokumentieren. Für die Dauer der Vertragsteilnahme des Patienten ist die jeweilige Diagnose als gesicherte Diagnose zu dokumentieren. In besonderen Fällen, deren Gründe zu dokumentieren sind, kann von den oben genannten Altersgrenzen abgewichen werden. In diesen Ausnahmefällen kann eine Teilnahme von Patienten bis zum 21. Lebensjahr erfolgen (bis 1 Tag vor dem 21. Geburtstag).

(2) Die Einschreibung erfolgt gemäß § 3 Abs. 1 dieses Vertrages über den teilnehmenden Leistungserbringer. Mit der Teilnahmeerklärung wählt der Versicherte seinen koordinierenden Leistungserbringer.

(3) Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung (**Anlage 7 a bzw. 7 b**), frühestens mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme kann jederzeit schriftlich bei der Krankenkasse widerrufen werden. Die Krankenkasse informiert den Leistungserbringer über das Ausscheiden des Versicherten aus diesem Vertrag.

(4) Die Teilnahme des Versicherten an diesem Vertrag endet,

- wenn die Behandlung als abgeschlossen erklärt wird oder
- wenn die Diagnose negativ ausfällt oder
- spätestens nach drei Jahren ab Teilnahmebeginn. Eine längere Teilnahme ist in begründeten Einzelfällen möglich. Diese sind gesondert zu dokumentieren und auf Anforderung durch die KV Hamburg vorzulegen.

Der Leistungserbringer informiert die KV Hamburg nach **Anlage 7 c** schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus diesem Vertrag. Eine Übersicht über die ausgeschiedenen Versicherten stellt die KV Hamburg der Krankenkasse quartalsweise zur Verfügung.

## § 5

### Patienteninformation

(1) Der Patient und seine Sorgeberechtigten werden von dem behandelnden Leistungserbringer umfassend über die Inhalte und Ziele der Behandlung im Rahmen dieses Vertrages aufgeklärt und er gilt für die Familie/Bezugspersonen/Sorgeberechtigten als Ansprechpartner. Wechselt der an dem Versorgungsvertrag teilnehmende Versicherte den behandelnden Leistungserbringer, so ist eine erneute Teilnahmeerklärung zu erstellen.

(2) Der Patient oder seine Sorgeberechtigten erhalten gemäß **Anlage 6** eine Patienteninformation, in der individuell für den Patienten aufbereitet Ergebnisse der Diagnostik, wichtige Behandlungsziele, vereinbarte Behandlungsmaßnahmen und Behandlungsergebnisse vermerkt sind.

(3) Der Leistungserbringer führt entweder selbst spezifische AD(H)S-Elterntrainingsseminare durch oder vermittelt solche aktiv an einen anderen an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer. Hierüber informiert er die Sorgeberechtigten und motiviert sie bei Bedarf zur Teilnahme. Die Krankenkasse fördert eine Ausweitung des Angebotes an AD(H)S-spezifischem Elterntaining. Eine Delegation von Teilen der Seminarinhalte an entsprechend geschultes Personal ist möglich. Der Nachweis der Qualifikation des Personals erfolgt gegenüber der KV Hamburg.

## Abschnitt 4 - Teilnahme von Leistungserbringern

### § 6

#### Teilnahmeberechtigte Ärzte und Psychiater

(1) Teilnahmeberechtigt sind im Bereich der KV Hamburg zugelassene Ärzte und Psychiater sowie in einem MVZ angestellte Ärzte und Psychiater, die die nachstehenden Voraussetzungen – persönlich oder durch angestellte Ärzte und Psychiater – erfüllen und ihre Teilnahme nach **Anlage 8** erklärt haben.

(2) Folgende Ärzte und Psychiater sind zur Teilnahme an dem Vertrag berechtigt:

- Kinder- und Jugendärzte sowie Psychiater, die
  - in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung durchschnittlich mindestens 30 ADHS/ADS-Patienten selbst pro Quartal betreut haben und
  - an mindestens drei der sechsmal im Jahr stattfindenden themenbezogenen Qualitätszirkeln (**Anlage 4**) teilnehmen.

(3) Über die Teilnahme von Ärzten und Psychiatern, die die Voraussetzungen nach Absatz 2 nicht vollständig erfüllen, entscheidet in Einzelfällen die KV Hamburg nach Beratung durch das Lenkungsgremium gemäß § 14 dieses Vertrages. Dieses trifft seine Entscheidungen mehrheitlich. Die KV Hamburg entscheidet auf Grundlage des Beratungsergebnisses des Lenkungsgremiums.

### § 7

#### Teilnahmeberechtigte Psychotherapeuten

(1) Teilnahmeberechtigt sind im Bereich der KV Hamburg zugelassene Psychotherapeuten, die die nachstehenden Voraussetzungen erfüllen und ihre Teilnahme nach **Anlage 8** erklärt haben.

(2) Folgende Psychotherapeuten sind zur Teilnahme an dem Vertrag berechtigt:

1. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die
  - einmal an einem festen Samstag im Monat ihre Praxis zusätzlich zu den regulären Öffnungszeiten öffnen, um den an diesem Vertrag teilnehmenden Kindern und Jugendlichen einen Termin zu dieser besonderen Zeit anbieten zu können und
  - an mindestens drei der sechsmal im Jahr stattfindenden themenbezogenen Qualitätszirkeln (**Anlage 4**) teilnehmen und
  - in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung mindestens 20 Stunden the-

- menbezogene Fortbildung/Ausbildung nachweisen oder
  - eine mindestens zweijährige Tätigkeit in medizinischen Facheinrichtungen für Kinder- und Jugendliche mit psychischen Störungen nachweisen, in denen AD(H)S ein Schwerpunkt ist oder
  - mindestens fünf Jahre an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen teilgenommen haben.
- 2. Psychologische Psychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten mit einer Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach § 6 Abs. 4 bzw. § 5 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarungen, die
  - die oben genannten zusätzlichen Voraussetzungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfüllen und
  - in den letzten zwei Jahren vor Teilnahme an dem Vertrag mindestens ein Drittel der Tätigkeit der Behandlung von Kindern und Jugendlichen gewidmet haben.

(3) Die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungen für die Dauer der Vertragsteilnahme ist verpflichtend.

(4) Über die Teilnahme der Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen nach Absatz 2 nicht vollständig erfüllen, entscheidet in Einzelfällen die KV Hamburg nach Beratung durch das Lenkungsgrremium nach § 14 des Hauptvertrages.

## § 8 Teilnahmeverfahren

(1) Leistungserbringer, die gegenüber der KV Hamburg die Anforderungen gemäß § 6 Abs. 2 bzw. § 7 nachweisen, können am Vertrag teilnehmen. Sie füllen die Teilnahmeerklärung in **Anlage 8** aus. Gleichzeitig stimmt der Leistungserbringer der Veröffentlichung seiner persönlichen Daten zum Zwecke der Versicherteninformation über die Teilnahme an diesem Vertrag (einschließlich der Veröffentlichung in einem Verzeichnis auf der Homepage der KV Hamburg) und der Weiterleitung an die Krankenkasse zu.

(2) Die KV Hamburg erteilt den Leistungserbringern, die die Voraussetzungen nach § 6 Abs. 2 bzw. § 7 dieses Vertrages erfüllen, eine Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag. Die Genehmigung wird mit der Auflage erteilt, an den in diesem Vertrag festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen teilzunehmen und dies der KV Hamburg nachzuweisen. Die Teilnahme des Leistungserbringers beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, frühestens jedoch mit Inkrafttreten des Vertrags nach § 19.

(3) Leistungserbringer, deren Teilnahme am Vertrag nach § 6 Abs. 3 bzw. § 7 Abs. 4 durch das Lenkungsgrremium beschlossen wurde, nehmen mit dem Tag der Entscheidung des Lenkungsgrremiums teil. Der Leistungserbringer hat nach Satz 1 vom Tag an 6 Monate Zeit, innerhalb derer er die fehlenden Qualifikationsnachweise nachreicht bzw.

Voraussetzungen erfüllt und dies gegenüber der KV Hamburg nachweist. Können die erforderlichen Nachweise nicht erbracht werden, teilt die KV Hamburg dem Leistungserbringer das Ausscheiden aus dem Vertrag mit Ablauf der 6 Monate mit.

(4) Mit Erteilung der Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag durch die KV Hamburg, § 8 Abs. 2, ist der Leistungserbringer berechtigt und verpflichtet, Leistungen nach diesem Vertrag zu erbringen und abzurechnen. Die Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag kann gegebenenfalls mit Auflagen und Nebenbestimmungen versehen werden.

(5) Die Teilnahme kann seitens des Leistungserbringers schriftlich unter Einhaltung einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende gegenüber der KV Hamburg beendet werden.

(6) Die Teilnahme an diesem Vertrag endet:

- mit dem Ende dieses Vertrages
- mit Beendigung durch den Leistungserbringer
- mit dem im Bescheid bestimmten Zeitpunkt über das Ruhen oder Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
- mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen des Leistungserbringers
- mit dem Widerruf oder der Rücknahme der Genehmigung wegen eines schwerwiegenden oder wiederholten nachweislichen Verstoßes gegen die Verpflichtungen dieses Vertrages.

## **Abschnitt 5 - Qualitätssicherung und -management**

### **§ 9**

#### **Qualitätssichernde Maßnahmen**

Zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und der Ziele des Vertrages vereinbaren die Vertragspartner folgende Maßnahmen:

1. Verpflichtende Teilnahme der Leistungserbringer an mindestens drei Qualitätszirkeln pro Jahr (**Anlage 4**)
2. Diagnosesicherung durch leitlinienbasierte Diagnostik und Differenzialdiagnostik
3. Aufbau eines größeren Angebotes an Elterntraining
4. Effiziente Programmsteuerung durch die KV Hamburg
5. Einrichtung eines Lenkungsgremiums gemäß § 14
6. Gewährleistung einer aktuellen Information der Leistungserbringer zu wesentlichen Inhalten und Änderungen dieses Vertrages
7. Erstellung und Veröffentlichung eines jährlichen Qualitätsberichts durch die KV Hamburg

## **§ 10 Evaluation**

Die Vertragspartner vereinbaren eine Evaluation auf Grundlage des Qualitätsberichtes nach § 9 Nr. 7 dieses Vertrages. Das Nähere wird in Anlage 5 geregelt und über die sich ggf. hieraus ergebenden Kosten verständigen sich die Vertragspartner gesondert.

## **§ 11 Wirtschaftlichkeitsgebot**

Sollten durch die Umsetzung dieses Vertrages zusätzliche ärztliche Leistungen und zusätzliche Verordnungen von Arznei- und Heilmitteln durch die Ärzte erforderlich werden und dies zu einem Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren nach § 106 SGB V führen, gelten die gesetzlichen Regelungen entsprechend und unverändert fort. Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich, eine sowohl bedarfsgerechte und wirtschaftliche als auch qualitätsgesicherte Versorgung vorzunehmen, die sich an den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und an den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen/Gemeinsamen Bundesausschuss orientieren.

## **Abschnitt 6 - Programmsteuerung**

### **§ 12 Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg**

(1) Die KV Hamburg veröffentlicht das Vorhaben in ihren satzungsmäßigen Veröffentlichungsorganen unter Benennung der Vertragsziele, der persönlichen Qualitätsanforderungen und der weiteren Aufgaben der an der Vertragsumsetzung interessierten Ärzte.

(2) Die KV Hamburg erstellt eine Liste der teilnehmenden Leistungserbringer und stellt diese der Krankenkasse quartalsweise elektronisch in Form einer Excel-Tabelle zur Verfügung. Die Excel-Tabelle enthält folgende Daten: Name des Leistungserbringers, Lebenslange Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR), Arztgruppenschlüssel, Beginndatum sowie ggf. Endedatum. Die KV Hamburg veröffentlicht die Liste auf ihrer Homepage.

(3) Die KV Hamburg informiert die Leistungserbringer umfassend und unverzüglich über Vertragsabschlüsse und -änderungen im Rahmen dieses Vertrages, insbesondere über die Empfehlungen des Lenkungsgremiums zu Neuerungen bei den Behandlungsleitlinien, vgl. § 14. Sie wirkt darauf hin, dass Leistungserbringer, die an dem Vertrag teilnehmen wollen, die erforderlichen Qualifikationen erwerben und aufrechterhalten können. Sie unterstützt die teilnehmenden Leistungserbringer insbesondere bei der Organisation und Durchführung der Qualitätszirkel.

(4) Darüber hinaus übernimmt die KV Hamburg die ihr nach diesem Vertrag zugewiesenen Aufgaben sowie die Vertragsdurchführung und Qualitätssicherung.

(5) Die KV Hamburg gewährleistet eine ordnungsgemäße Abrechnung der Leistungen. Die KV Hamburg prüft u. a. den Bezug zwischen Leistungserbringern und Versicherten. Hierfür erfolgt eine historisierte Zuordnung der koordinierenden Leistungserbringer und der bei ihnen eingeschriebenen Versicherten. Eine historisierte Zuordnung bedeutet, dass die eingeschriebenen Leistungserbringer auch bei einem Wechsel der Betriebsstätte noch durch die Lebenslange Arztnummer (LANR) zugeordnet werden können.

(6) Die KV Hamburg nimmt die Teilnahmeerklärungen der Versicherten entgegen. Nach der zeitnahen Erstellung einer Exceltabelle, welche folgende Informationen enthalten sollte: Versichertennummer, lebenslange Arztnummer (LANR), Arztgruppenschlüssel, Betriebsstättennummer (BSNR), Beginndatum und ggf. Endedatum, leitet die KV Hamburg eine entsprechende Übersicht quartalsweise in elektronischer Form an die Krankenkasse weiter.

### § 13

#### Öffentlichkeitsarbeit und Information

(1) Maßnahmen und Zeitpunkt zur Information der Öffentlichkeit und der Versicherten sind zwischen den Vertragspartnern abzustimmen.

(2) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise über diesen Vertrag.

(3) Die Bereitstellung der notwendigen Dokumentationsunterlagen (**Anlagen 1, 2, 2.1, 2.2, 5, 6 und 8**) und Teilnahmeerklärungen für die Versicherten (**Anlagen 7 a und 7 b**) erfolgt durch die KV Hamburg. Die Finanzierung der ggf. entstehenden Kosten für die Formulare erfolgt jeweils zu gleichen Teilen durch die KV Hamburg und die Krankenkasse.

### § 14

#### Lenkungsgremium

(1) Die Vertragspartner entsenden im Zuge der gemeinsamen Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur für AD(H)S-krankte Kinder und Jugendliche sechs Vertreter (drei Vertreter der Krankenkasse und drei Vertreter der KV Hamburg bzw. der Leistungserbringer) in ein Lenkungsgremium, welches medizinische und inhaltliche Grundsatzfragen klärt.

Die Empfehlungen des Lenkungsgremiums sind von den Vertragspartnern bei der Umsetzung dieses Vertrages zu berücksichtigen. Zu den Aufgaben des Lenkungsgremiums gehören insbesondere

- die einheitliche Weiterentwicklung der Leistungen,
- die Empfehlung von Behandlungsleitlinien insbesondere bei Neuerungen,
- die Beratung der KV Hamburg im Zusammenhang mit Fragestellungen zur Teilnahme der Leistungserbringer

- die Weiterentwicklung der Vertragsanlagen mit Ausnahme der **Anlage 9** (Vergütung),
- die Bewertung der Evaluationsergebnisse und die Abgabe von Empfehlungen zur Veröffentlichung dieser Ergebnisse an die KV Hamburg,
- die Beratung über die Anpassung der Verträge gemäß § 18 dieses Vertrages.

Die Krankenkasse darf zur gemeinsamen Erarbeitung der Empfehlungen mit den Leistungserbringern externe medizinische Berater hinzuziehen. Den Vertretern des Lenkungsgremiums sind die Namen der externen Berater vor den Sitzungen des Lenkungsgremiums mitzuteilen.

(2) Das Lenkungsgremium ist beschlussfähig, wenn mindestens jeweils zwei Vertreter der Krankenkasse und der KV Hamburg bzw. der Leistungserbringer anwesend sind. Das Lenkungsgremium entscheidet mit einfacher Mehrheit. Kann keine mehrheitliche Einigung erzielt werden, gilt der Antrag als abgelehnt.

(3) Das Lenkungsgremium ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen. Der Sitz ist bei der KV Hamburg, diese lädt zu vereinbarten Sitzungen schriftlich ein.

## § 15

### Datenschutz, Datentransparenz und -austausch

Bei der Umsetzung des Vertrages sind die ärztliche Schweigepflicht sowie die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu gewährleisten. Den für die Umsetzung dieses Vertrages notwendigen Datenaustausch, der über das übliche Maß hinausgeht, vereinbaren die Vertragspartner gesondert. Die Datenerfassung für die Evaluation erfolgt gemäß **Anlage 5**. Die Weitergabe von persönlichen Daten außerhalb der Behandlung ist nur anonymisiert möglich.

## Abschnitt 7 - Vergütung und Abrechnung

### § 16

#### Vergütung

(1) Die Leistungen nach diesem Vertrag werden entsprechend **Anlage 9** vergütet.

(2) Die Vergütung erfolgt seitens der Krankenkasse gegenüber der KV Hamburg außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Eine Bereinigung bzw. Verrechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt nicht.

### § 17

#### Abrechnung

(1) Die erbrachten Leistungen sind von den teilnehmenden Leistungserbringern im Rahmen der regulären Abrechnung über die KV Hamburg abzurechnen. Die KV Hamburg ist

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

(2) Der Datenaustausch zum Abrechnungsverfahren erfolgt auf der Grundlage des Vertrages über den Datenträgeraustausch auf Datenträgern. Die Abrechnung der in diesem Vertrag vereinbarten Vergütungen erfolgt gemäß § 295 SGB V über die KV Hamburg.

(3) Hinsichtlich der Abrechnung durch die KV Hamburg, der Zahlungstermine, der rechnerisch/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages in der jeweils gültigen Fassung. Die KV Hamburg rechnet die Vergütungspauschalen mit der Quartalsabrechnung gegenüber der Krankenkasse ab.

## **Abschnitt 8 - Abschließende Bestimmungen**

### **§ 18 Anpassungsklausel**

(1) Die Vertragspartner vereinbaren, dass jährlich auf der Basis der Evaluationsergebnisse ein Gespräch zum ggf. daraus resultierenden Anpassungsbedarf der Versorgungsaufträge stattfindet.

(2) Stellt eine Vertragspartei dessen ungeachtet unaufschiebbaren Anpassungsbedarf fest, nehmen die Vertragspartner unverzüglich Verhandlungen auf.

### **§ 19 Laufzeit und Kündigung**

(1) Der Vertrag tritt mit Wirkung zum **01.07.2011** in Kraft und kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Quartals, frühestens zum 30.06.2012, gekündigt werden.

(2) Einen wichtigen Grund zur Kündigung stellen insbesondere die Verletzung des § 18 Abs. 1 sowie eine grundlose Verweigerung der Anpassung gemäß § 18 Abs. 2 dieses Vertrages dar.

### **§ 20 Salvatorische Klausel**

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder der Vertrag unvollständig sein, so wird dieser in seinem übrigen Inhalt davon nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am Nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Regelungslücken.

## **Protokollnotiz**

Hinsichtlich der Abrechnung durch die KV Hamburg, der Zahlungstermine und der rechnerisch-sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages in der jeweils gültigen Fassung. Die KV Hamburg rechnet die Vergütungspauschalen mit der Quartalsabrechnung gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg ab.

Die Leistungen werden im Formblatt 3 unter dem Konto 400, Pseudokapitel 80 erfasst und separat unter den in der Anlage 9 („Vergütung“) genannten GOP bis auf die 6. Ebene ausgewiesen. Sofern eine anderweitige Ausweisung durch Änderungen des Formblattes 3 - Inhaltsbeschreibungen - notwendig wird, verständigen sich die Vertragspartner über die dann neue Ausweisung in Form eines Schriftwechsels.

## **Kriterien Verdachtsdiagnose**

Die Verdachtsdiagnose kann leitliniengemäß gestellt werden, wenn Kinder/Jugendliche entweder als

- unruhig und impulsiv
- oder als unaufmerksam
- oder in allen drei Kernsymptomen

als auffällig beurteilt werden.

Die Problematik muss

- sowohl in der Familie als auch im Kindergarten/in der Schule auftreten,
- vor der Einschulung, spätestens aber kurz danach begonnen haben,
- über mehr als 6 Monate andauern,
- als belastend erlebt werden oder
- die soziale, schulische bzw. berufliche Funktionsfähigkeit beeinträchtigen.

## **Erfassungsinstrumente und Dokumentation der Verdachtsdiagnose**

Die Vertragsteilnehmer erfassen diese Kriterien der Verdachtsdiagnose mit dem

Screening-Bogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (AD(H)S-Bogen) [Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Steinhausen, H.-C.: KIDS - Kinder-Diagnostik-System Band 1, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (AD(H)S). Hogrefe 2006].

Daraus können sich auch Hinweise auf Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen ergeben.

Zur Dokumentation dieser Befunde zu Verdachtsdiagnose und eventuellen Hinweisen auf Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen verwenden die Vertragsteilnehmer nachstehendes Formular.

## Aufnahme Verdachtsdiagnose

Der Verdacht auf AD(H)S bei

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

wurde gestellt, weil folgende Hinweise auf die Kernsymptome von AD(H)S in deutlicher Ausprägung vorliegen:

- |  |           |
|--|-----------|
| auffällig unruhig und impulsiv             | ja / nein |
| oder auffällig unaufmerksam                | ja / nein |
| oder in allen drei Kernsymptomen auffällig | ja / nein |

Diese Problematik (alle folgenden Kriterien müssen erfüllt sein)

- tritt sowohl in der Familie als auch im Kindergarten/in der Schule auf
- hat vor der Einschulung, spätestens aber kurz danach begonnen
- dauert über mehr als 6 Monate an
- wird als belastend erlebt oder beeinträchtigt die soziale, schulische bzw. berufliche Funktionsfähigkeit.

Verdacht auf komorbide Störungen:

---

---

---

---

Zusatzinformationen/Bemerkungen  
(z. B. Hinweise auf genetische Belastungen):

---

---

---

## Anlage 2

### Sicherung der Diagnose AD(H)S, Differenzialdiagnostik und Erfassung von Komorbiditäten

Differenzialdiagnostisch ist insbesondere zu denken an:

- pharmakologische Wirkungen (insbesondere bei Phenobarbital, Antihistaminika, Steroiden, Sympathomimetika, neurotoxischen Substanzen, Drogen)
- Epilepsie, Hyperthyreose, Migräne, Schädel-Hirn-Trauma
- tiefgreifende Entwicklungsstörung (Autismus, Rett-Syndrom oder desintegrative Störung)
- Intelligenzminderung in Form von Lernbehinderung oder geistiger Behinderung
- Abklärung einer Hochbegabung
- Psychosen (insbesondere eine manische Episode oder eine schizophrene Störung)
- emotional instabile Persönlichkeitsstörung (impulsiver Typus)
- depressive Störung oder Dysthymia
- Panikstörung oder generalisierte Angststörung
- Störung des Sozialverhaltens
- desorganisierte, chaotische Familienverhältnisse, Misshandlung oder Vernachlässigung des Kindes

Als komorbide Störungen müssen insbesondere Störungen des Sozialverhaltens, umschriebene Entwicklungsstörungen/Teilleistungsstörungen, Tic-Störungen und emotionale Störungen erfasst werden.

**Zur Diagnosesicherung und Differenzialdiagnostik sind folgende Maßnahmen erforderlich:**

- Störungsspezifische Anamnese bzw. Entwicklungsgeschichte
- Differenzialdiagnostische Anamnese und Entwicklungsgeschichte
- Fremdanamnestische Informationen aus sozialem Umfeld in KiGa/Schule (obligat: FBB-AD(H)S/HKS)
- Familienanamnese (Erkrankung der Eltern oder naher Verwandter)
- Erfassung und Beurteilung psychosozialer Bedingungs- und Begleitfaktoren, „Familiendiagnostik“
- Differenzialdiagnostik psychischer Erkrankungen (Hinweise durch SDQ, fakultativ durchzuführen)
- Verhaltensbeobachtung (während der Untersuchungen und der Anamnese)
- Körperliche Untersuchung, einschließlich neurologischer und motoskopischer Untersuchung, Beurteilung des Hör- und Sehvermögens; ggf. Labordiagnostik, ggf. EEG, ggf. spezialisierte organische Abklärung (z. B. Neuropädiatrie)

- Beurteilung des psychischen und geistigen Entwicklungsstandes, ggf. Intelligenzdiagnostik (wenn anhand von Leistungsnachweisen wie Zeugnisse, Klassenarbeiten etc. nicht zweifelsfrei anzunehmen ist, dass eine normale Intelligenz vorliegt), Entwicklungs- und Wahrnehmungsdiagnostik
- Beurteilung des psychischen und geistigen Entwicklungsstandes, ggf. Intelligenzdiagnostik (wenn anhand von Leistungsnachweisen wie Zeugnisse, Klassenarbeiten etc. nicht zweifelsfrei anzunehmen ist, dass eine normale Intelligenz vorliegt; dann Testung mit anerkannten Verfahren, z. B. Hawik, K-ABC, CFT, AID), Entwicklungs- und Wahrnehmungsdiagnostik
- Ggf. neuropsychologische Testverfahren (z. B. Continuous Performance Test CPT, Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung TAP, Teach-Test, Qb-Test)

Nach Durchführung und Bewertung der individuell notwendigen diagnostischen Befunde erfolgt:

- Beurteilung, ob die Diagnosekriterien nach DSM-IV und/oder ICD-10 erfüllt sind
- Beurteilung, ob die Störung durch eine andere Diagnose besser beschrieben wird (z. B. tiefgreifende Entwicklungsstörung, Störung des Sozialverhaltens, Dysthyme Störung, Depression, Angststörung)
- Beurteilung der qualitativen (welcher Subtyp?) und quantitativen (Schweregrad der Beeinträchtigung?) Ausprägung
- Beurteilung, ob komorbide Störungen (und wenn ja welche) vorliegen
- Erfassung und Beurteilung der Aggravationsumstände und Ressourcen in der Umgebung des Patienten
- Beurteilung genetischer Hinweise in der Familie

Die Diagnosestellung wird multiaxial auf folgendem Diagnosebogen dokumentiert:

Die Vertragsteilnehmer erfassen diese Kriterien der Verdachtsdiagnose mit dem Screening-Bogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (AD(H)S-Bogen) [Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Steinhausen, H.-C.: KIDS - Kinder-Diagnostik-System Band 1, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (AD(H)S). Hogrefe 2006].

Daraus können sich auch Hinweise auf Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen ergeben.

Zur Dokumentation dieser Befunde zu Verdachtsdiagnose und eventuellen Hinweisen auf Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen verwenden die Vertragsteilnehmer nachstehendes Formular.

## Diagnosebogen

### Klinisch psychiatrisches Syndrom

1. Hauptdiagnose:

ICD-10, 5-stellig:   F  |  |  |  |  |  |  |    
 Sicherheitsgrad: 1 sicher 2 unsicher

2. Diagnose Achse I:

ICD-10, 5-stellig:   F  |  |  |  |  |  |  |    
 Sicherheitsgrad: 1 sicher 2 unsicher

3. Diagnose Achse I:

ICD-10, 5-stellig:   F  |  |  |  |  |  |  |    
 Sicherheitsgrad: 1 sicher 2 unsicher

### Umschriebene Entwicklungsstörungen

- F80.0 Artikulationsstörung
- F80.1 Expressive Sprachstörung
- F80.2 Rezeptive Sprachstörung
- F80.3 Erworbene Aphasie m. Epilepsie (Landau-Kleffner-Synd.)
- F80.8 Sonst. Entwicklungsstörg. d. Sprechens od. d. Sprache
- F80.9 Entwicklungsst. d. Sprechens od. d. Sprache, n. n. Bez.
- F81.0 Lese- und Rechtschreibstörung
- F81.1 Isolierte Rechtschreibstörung
- F81.2 Rechenstörung
- F81.3 Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten
- F81.8 Sonstige Entwicklungsstörungen schul. Fertigkeiten
- F81.9 Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, n. n. Bez.
- F82 Umschriebene Entwicklungsstörg. der motor. Funktionen
- F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
- F88 Andere Entwicklungsstörungen
- F89 Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung

### Entwicklungsstand/Intelligenz

- |   |                                    |              |
|---|------------------------------------|--------------|
| 1 | sehr hohe Intelligenz              | IQ > 129     |
| 2 | hohe Intelligenz                   | IQ 115 - 129 |
| 3 | durchschnittliche Intelligenz      | IQ 85 - 114  |
| 4 | niedrige Intelligenz               | IQ 70 - 84   |
| 5 | leichte Intelligenzminderung       | IQ 50 - 69   |
| 6 | mittelgradige Intelligenzminderung | IQ 35 - 49   |
| 7 | schwere Intelligenzminderung       | IQ 20 - 34   |
| 8 | schwerste Intelligenzminderung     | IQ < 20      |
| 9 | Intelligenzniveau nicht bekannt    |              |

### Körperlicher – neurologischer Befund

1. \_\_\_\_\_  
 ICD-10, 5-stellig:   |  |  |  |  |  |  |
2. \_\_\_\_\_  
 ICD-10, 5-stellig:   |  |  |  |  |  |  |
3. \_\_\_\_\_  
 ICD-10, 5-stellig:   |  |  |  |  |  |  |

## Psychosozialer Hintergrund

1 = unzutreffend, 2 = trifft zu, 9 = logisch nicht mögl./Unbekannt

<b>1. Abnorme Intrafamiliäre Beziehungen</b>		
1.0 Mangel an Wärme in der Eltern-Kind Beziehung .....	1	2 9
1.1 Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen .....	1	2 9
1.2 feindl. Ablehng./Sündenbockzuweisg. gegenüber Kind .....	1	2 9
1.3 körperliche Kindesmißhandlung .....	1	2 9
1.4 sexueller Mißbrauch (innerhalb der Familie) .....	1	2 9
1.8 andere: .....	1	2 9
<b>2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie</b>		
2.0 psych. Störung/abweichendes Verhalten e. Elternteils .....	1	2 9
2.1 Behinderung eines Elternteils .....	1	2 9
2.2 Behinderung der Geschwister .....	1	2 9
2.8 andere: .....	1	2 9
<b>3. Inadäquate/verzerrte intrafamiliäre Kommunikation .....</b>		
<b>4. Abnorme Erziehungsbedingungen</b>		
4.0 elterliche Überfürsorge .....	1	2 9
4.1 unzureichende elterliche Aufsicht/Steuerung .....	1	2 9
4.2 Erzieh., die eine unzureichende Erfahrung vermittelt .....	1	2 9
4.3 unangem. Anforderungen/Nötigungen durch Eltern .....	1	2 9
4.8 andere: .....	1	2 9
<b>5. Abnorme unmittelbare Umgebung</b>		
5.0 Erziehung in einer Institution .....	1	2 9
5.1 abweichende Elternsituation .....	1	2 9
5.2 isolierte Familie .....	1	2 9
5.3 Lebensbed. mit mögl. psychosoz. Gefährdung .....	1	2 9
5.8 andere: .....	1	2 9
<b>6. Akute, belastende Lebensereignisse</b>		
6.0 Verlust einer Liebes- oder engen Beziehung .....	1	2 9
6.1 bedroht. Umstände infolge von Fremdunterbringung .....	1	2 9
6.2 negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder .....	1	2 9
6.3 Ereignisse, die zur Herabsetzg. d. Selbstachtg. führen .....	1	2 9
6.4 sexueller Mißbrauch (außerhalb der Familie) .....	1	2 9
6.5 unmittelbare, beängstigende Erlebnisse .....	1	2 9
6.8 andere: .....	1	2 9
<b>7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren</b>		
7.0 Verfolgung oder Diskriminierung .....	1	2 9
7.1 Migration oder soziale Verpflanzung .....	1	2 9
7.8 andere: .....	1	2 9
<b>8. Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit</b>		
8.0 abnorme Streitbeziehungen mit Schülern/Mitarb. ....	1	2 9
8.1 Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder .....	1	2 9
8.2 allgem. Unruhe in Schule/Arbeitssituation .....	1	2 9
8.8 andere: .....	1	2 9
<b>9. Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes</b>		
9.0 institutionelle Erziehung .....	1	2 9
9.1 bedroht. Umstände infolge v. Fremdunterbringung .....	1	2 9
9.2 abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen .....	1	2 9
9.8 andere: .....	1	2 9

## Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

- 0 hervorragende/gute soziale Anpassung
- 1 befriedigende soziale Anpassung
- 2 leichte soziale Beeinträchtigung
- 3 mäßige soziale Beeinträchtigung
- 4 deutliche soziale Beeinträchtigung
- 5 deutl. u. übergreifende (durchgängige) soz. Beeinträcht.
- 6 tiefgreifende u. schwerwiegende soz. Beeinträchtigung
- 7 braucht beträchtliche Betreuung
- 8 braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)
- 9 Information fehlt.

## Anlage 2.2

**Folgende Fragebögen sollen als Hilfsmittel im Rahmen der Diagnosesicherung und Differenzialdiagnostik und zur Dokumentation eingesetzt werden:**

- Explorationsbogen ADHS/ADS von Kohns [Internet: [www.agAD\(H\)S.de](http://www.agAD(H)S.de) unter „Hilfen/Fragebögen“] oder die Basisdokumentation der Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP/BAG/BKJPP)
- FBB-AD(H)S/HKS [Fremdbeurteilungsbogen Hyperkinetische Störung jeweils für Eltern und Erzieher]
- SDQ (Strength- and Difficulties-Questionnaire; Internet: [www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org))
- ILK (Internet: [www.kjp.uni-marburg.de/lq/index.php](http://www.kjp.uni-marburg.de/lq/index.php)) [zur Erfassung der Lebensqualität]

**Weitere Fragebögen, die als Hilfsmittel im Rahmen der Diagnosesicherung und Differenzialdiagnostik und zur Dokumentation eingesetzt werden können, sind z. B.:**

- Anamnesebogen von Skrodzki [Internet: [www.agAD\(H\)S.de](http://www.agAD(H)S.de) unter „Hilfen/Fragebögen“]
- ES-HOV (Explorationsschema für Hyperkinetische und Oppositionelle Verhaltensstörungen; Döpfner et al., 2000; 2005) [halbstrukturierter klinischer Explorationsbogen]
- FBB-AD(H)S-V (Fremdbeurteilungsbogen für Vorschulkinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen; Döpfner et al., 2005) [Adaptation des FBB-AD(H)S für Vorschulkinder; Normen; Bestandteil des Kinder-Diagnostik-Systems (KIDS-1)]
- SBB-AD(H)S/HKS [Selbstbeurteilungsbogen - ab 11 Jahre]
- TRF (Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen)
- CBCL (Child Behavior Checklist)
- YSR (Fragebogen für Jugendliche)
- EF-PF (Elternfragebogen über Problemsituationen in der Familie; Döpfner et al., 2005) [Deutsche Bearbeitung des Home Situations Questionnaire (HSQ), deutsche cut-off-Werte für Auffälligkeiten]
- VBV (Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder)
- FBB ANG, FBB DES, FBB SSV [Disypps II]

**Weitere optional einzusetzende Verfahren zur diagnostischen und differenzial-diagnostischen Abklärung besonders von komorbiden Störungen sowie zur Dokumentation/Therapie-Evaluation:**

- PSKB-KJ – Psychischer Sozialkommunikativer Befund bei Kindern und Jugendlichen (PSB-KJ) (Fahrig und Rudolf 1996) – Expertenrating zur standardisierten und quantifizierenden Erfassung psychischer Symptome auf der Basis eines psychodynamischen Verständnisses
- Kinder-DIPS – Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Unnewehr et al. 1995)
- BSS-K – Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche (Fahrig et al. 1996)
- OPD-KJ – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen (Arbeitskreis OPD-KJ 2003)

## Anlage 3.0

### Indikationsstellung und Durchführung von Behandlungsmodulen

#### Grundsätze multimodaler Therapie

Leitliniengemäß erfolgt nach Sicherung der AD(H)S-Diagnose eine multimodale Therapie.

Nach Festlegung und Hierarchisierung der Behandlungsziele (z. B. Verringerung der Kernsymptomatik und der Symptomatik komorbider Störungen, altersadäquate psychosoziale Entwicklung und Integration, Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung, Stabilisierung der emotionalen Situation, begabungsentprechende Schul- und Berufsausbildung ...) entscheidet der behandelnde Leistungserbringer, welche Therapiemodule in den individuellen Behandlungsplan aufgenommen werden müssen. Dabei orientiert er sich an den Prinzipien des Notwendigen, Hinreichenden und Verfügbaren und nutzt die vor Ort bestehenden Kooperationsmöglichkeiten. Außerdem sollten nichtmedikamentöse Behandlungsmethoden initial stets Vorrang vor medikamentöser Behandlung haben, wenn nicht eine krisenhafte Zuspitzung vorliegt. Medikamentöse Behandlung sollte regelhaft durch nicht-medikamentöse Therapieformen ergänzt werden.

#### Modul: Psychoedukative Maßnahmen

- Information der Eltern, Erzieher/Lehrer und (altersgerecht) der Kinder/Jugendlichen über das Krankheitsbild, dessen Pathogenese, Behandlungsmöglichkeiten und Verlauf.
- Beratung der Eltern, Kinder/Jugendlichen und Erzieher/Lehrer über Maßnahmen im gegenseitigen Umgang, die die AD(H)S-spezifischen Besonderheiten des Kindes berücksichtigen.
- Selbstbeobachtung und Selbstbewertung.
- Hinweis auf Selbsthilfegruppen.
- Sensibilisierung der Eltern für die sich selbst aufrechterhaltenden Teufelskreise der Interaktion und den Anteil, den die Eltern daran haben.

#### Modul: Elternt raining und Interventionen in der Familie

Eltern-/Familieninterventionen muss ein hervorragender Platz in der ersten Therapiestufe eingeräumt werden, da ihre Wirksamkeit evidenzbasiert nachgewiesen werden konnte. Es sollten Elternt rainings, vorzugsweise in der Gruppe, mit bei AD(H)S geeigneten Programmen durchgeführt werden. Des Weiteren soll auf Eltern-(Selbsthilfe-)Gruppen hingewiesen werden und Elternt rainings sollten unterstützt werden.

## **Modul: Psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapie, Behandlung der Bezugspersonen**

Die Leistungen dieses Moduls können von teilnehmenden Ärzten/Psychotherapeuten mit entsprechender Qualifikation nach den Psychotherapierichtlinien/Psychotherapievereinbarungen erbracht werden. Komplexe familiäre Interaktionsstörungen erfordern über psychoedukative Maßnahmen oder über ein anleitendinstruierendes Elterntaining hinausgehende psychotherapeutische Familien- und Elternbehandlung. Bei psychischen Störungen eines oder beider Elternteile ist alternativ dazu oder ergänzend psychotherapeutische Einzelbehandlung des Elternteils zu erwägen. Störungsspezifische psychotherapeutische Verfahren mit Kindern und Jugendlichen müssen sich an den Leitlinien orientieren und die Eltern intensiv in den Therapieprozess einbeziehen (sowohl bei Einzel- als auch bei Gruppenbehandlungen). Mit Patienten und Eltern soll in altersgerechter Form eine Problem- und Ressourcenanalyse, eine Zielhierarchie und ein therapeutisches Arbeitsbündnis erarbeitet werden. Operante Techniken, Techniken der Stimuluskontrolle sowie kognitive Therapien wie Selbstinstruktionstechniken und Hilfen bei der Impuls- bzw. Ärgerkontrolle sollten in ein psychotherapeutisches Gesamtkonzept eingebettet und nicht isoliert angewendet werden. Diese sind sowohl für die Symptomkontrolle, als auch für den Aufbau von Alternativverhalten wichtige therapeutische Hilfen auf dem Weg zum Selbstmanagement.

## **Modul: Störungsspezifische Funktionsbehandlungen mit sozialpädiatrischen und -psychiatrischen Interventionen bei Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen**

Diese Leistungen können auch von Heilpädagogen, Ergotherapeuten, Sozialpädagogen, Pädagogen und Psychologen unter Anleitung eines Kinder- und Jugendarztes/Psychotherapeuten durchgeführt werden, der Vertragspartner dieses Vertrages ist. Kinder und Jugendliche mit ADS/AD(H)S sind in verschiedener Weise in ihren Alltagsfunktionen eingeschränkt und benötigen störungsspezifische Hilfen und pädagogische Interventionen. Diese können in Einzel- oder Gruppenbehandlung durchgeführt werden. Dabei sind Hilfen zur Impulssteuerung, Konzentration und Daueraufmerksamkeit, motorische Kontrolle und Handlungskompetenz störungsspezifisch bezogen auf die Kernsymptomatik sinnvoll. Häufig ist der Aufbau sozialer Kompetenz, Förderung allgemeiner Grundregeln des Sozialverhaltens, Unterstützung des Selbstwerts, der Angst-Aggressionsbewältigung sowie eine emotionale Stabilisierung notwendig und im Gruppensetting besonders hilfreich.

Die Arbeit mit den Eltern ist initial und begleitend notwendig, um diese in ihrer Elternfunktion zu stützen und über die Möglichkeiten des Elterntrainings in der Gruppe hinaus - individuell bezogen auf die Erfordernisse in der eigenen Familie und die eigenen Bedingungen des Elternseins - zu unterstützen.

Das Umfeld der Kinder hat entscheidende Bedeutung für die Ausprägung der Symptomatik. Dazu werden Erzieher, Lehrer, andere Bezugspersonen und Therapeuten sowie gegebenenfalls Mitarbeiter der Jugendhilfe in kontinuierlichen, begleitenden Gesprächen und Interventionen in den Behandlungsprozess einbezogen.

## **Modul: Behandlung komorbider Störungen**

Je nach durch die Diagnostik erfasster Begleitstörung sind z. B. folgende Behandlungsmethoden sinnvoll:

- Wahrnehmungsförderung (bei visuellen, auditiven oder kinästhetischen Wahrnehmungsstörungen)
- motorische Förderung (z. B. Psychomotorik – mit dem Vorteil des Gruppensettings)
- Lese-Rechtschreib-Störung, Rechenschwäche: Veranlassung entsprechender Fördermaßnahmen, Nachteilsausgleich in der Schule

Komorbide Störungen mit erheblicher psychischer Symptomatik (z. B. Depression, Angst, Zwang) erfordern die Behandlung durch den Kinder und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Somatische und neurologische komorbide Störungen erfordern die Behandlung durch den Kinder- und Jugendarzt/Neuropädiater und/oder Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten.

## **Modul: Medikamente**

Wenn psychoedukative und psychosoziale Maßnahmen nach angemessener Zeit keine ausreichende Wirkung entfaltet haben und eine deutliche Beeinträchtigung im Leistungs- und psychosozialen Bereich mit Leidensdruck bei Kindern/Jugendlichen und Eltern und Gefahr für die weitere Entwicklung des Kindes bestehen, besteht die Indikation zu ergänzender medikamentöser Therapie. In krisenhaften Situationen kann mit der medikamentösen Therapie sofort begonnen werden.

Der Vergleich verschiedener Behandlungsmethoden hat gezeigt, dass eine individuell bedarfsangepasste medikamentöse Therapie den größten positiven Effekt auf die Kernsymptome von AD(H)S hat. Einige komorbide Störungen können günstig beeinflusst werden. Oft sind Fördermaßnahmen und Heilmitteltherapien erst bei medikamentöser Therapie der Kinder erfolgreich. Eine kontinuierliche Beratung ist sehr wichtig für die Optimierung der Therapie.

Bezüglich der Details der Durchführung der medikamentösen Therapie wird insbesondere auf die aktuellen Leitlinien (vgl. § 2) verwiesen.

## **Modul: Externe Schnittstellen**

- Verhaltenstherapeutische Techniken werden Lehrern, Erzieherinnen im Kindergarten usw. zur Übertragung der verhaltenstherapeutischen Interventionen in den Lebensalltag des Kindes vermittelt (Optimierung von Sitzordnung; Identifizierung von Problemen, Interventionen und hilfreiche Erzieher-/Lehrerinteraktionen mit dem Kind; Einsatz von Münzverstärkung, Response-Cost, Time-Out); Lehrerschulung

- Bedarfsweise soll Betreuung in Förderkindergarten, Förderschule, Heilpädagogischer Tagesstätte erfolgen (kleine Gruppen mit der Möglichkeit intensiverer pädagogischer Förderung, teils auch Übungsbehandlungen der Teilleistungsschwächen dort möglich)
- Ggf. Förderschule (Schwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung), Heimschule mit spezieller pädagogischer Förderung (wenn die schulische Integration in Regelschule oder Förderschule unter wohnortnaher Therapie nicht mehr möglich ist)
- Jugendhilfemaßnahmen (Kooperation mit dem Jugendamt: Hilfe zur Erziehung, Eingliederungshilfe)
- Teilstationäre oder stationäre Behandlung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik wird notwendig, wenn mit den oben genannten therapeutischen Maßnahmen die Therapieziele nicht befriedigend zu erreichen sind, insbesondere wenn infolge komorbider Störungen und/oder schwerwiegender familiärer Krisensituationen eine ambulante Therapie keinen Erfolg mehr hat.

### **Beurteilung des Therapieverlaufs und des Therapieerfolges**

Im Verlauf Beurteilung des Therapieerfolges durch den Behandler anhand der Berichte von älteren Kindern/Jugendlichen, Eltern und Lehrern/Erziehern, Fragebögen zum Therapieverlauf, Vergleich früherer und aktueller Symptomchecklisten und -fragebögen und durch Leistungsnachweise wie Zeugnis, zwischenzeitliche Schulnoten, Heftführung, Schrift.

Werden die Therapieziele nicht oder nicht befriedigend erreicht, ist der Patient vom Behandler im Qualitätszirkel zu besprechen, um gemeinsam erfolgreichere Wege zur Behandlung zu finden.

### **Dokumentation von Therapieverlauf und Therapieerfolg**

- AD(H)S - Klinische Gesamteinschätzung (AD(H)S-KGE) [Erfassungsbogen aus: Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Steinhausen, H.-C.: KIDS - Kinder-Diagnostik-System Band 1, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (AD(H)S). Hogrefe 2006]
- ILK (Internet: [www.kjp.uni-marburg.de/lq/index.php](http://www.kjp.uni-marburg.de/lq/index.php)) [zur Erfassung der Lebensqualität]

## **AD(H)S-Qualitätszirkel**

### **1. Aufgaben und Ziele**

Die AD(H)S-Qualitätszirkel dienen der Weiterqualifizierung, der Fortbildung und dem kollegialen Erfahrungsaustausch der teilnehmenden Vertragsärzte, Vertragspsychiater und Vertragspsychotherapeuten der Qualitätssicherung und -entwicklung. Im AD(H)S-Qualitätszirkel sollen insbesondere die kritischen und/oder schwierig laufenden Fälle der teilnehmenden Vertragsärzte, Vertragspsychiater und Vertragspsychotherapeuten vorgestellt werden mit dem Ziel, auf Grundlage evidenzbasierter Leitlinien und des Erfahrungswissens der Teilnehmer eine Anpassung des Behandlungsplans vorzunehmen. Die Anforderungen an die AD(H)S-Qualitätszirkel richten sich nach der Qualitätssicherungsrichtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie nach den Grundsätzen und Regelungen der KV Hamburg zur Anerkennung und Durchführung von Qualitätszirkeln.

### **2. Anforderungen**

#### **2.1 Größe und Struktur**

Die AD(H)S-Qualitätszirkel finden in einer geschlossenen Gruppenstruktur von etwa 6-30 teilnehmenden Leistungserbringern als Patientenfallkonferenz statt. Bei den AD(H)S-Qualitätszirkeln sollten alle teilnehmenden Berufsgruppen vertreten sein. Ein von der KV Hamburg anerkannter Moderator übernimmt die Leitung des AD(H)S-Qualitätszirkels. Die Teilnehmer stimmen anhängender Verbindlichkeitserklärung zu.

#### **2.2 Häufigkeit und Dauer**

Die AD(H)S-Qualitätszirkel sind auf Dauer angelegt. Sie finden mindestens sechsmal pro Jahr statt.

#### **2.3 Rolle der KV Hamburg**

Für alle AD(H)S-Qualitätszirkel erfolgt eine Beantragung auf Anerkennung. Die KV Hamburg unterstützt die AD(H)S-Qualitätszirkel entsprechend der jeweils gültigen Grundsätze und Regelungen zur Durchführung von Qualitätszirkeln.

#### **2.4 Fallbearbeitung**

Es wird angestrebt, dass jeder Teilnehmende AD(H)S-Fälle aus seinem Praxisalltag vorstellt. Die Vorbereitung der Fallvorstellung liegt in der Verantwortung des vorstellenden Kinder- und Jugendarztes, Psychiaters und Psychotherapeuten. Bei der Präsentation sollten die Anamnese, die Arzt-Patienten-Beziehung und die exakte Darlegung des medizinischen Behandlungsproblems Berücksichtigung finden. Notwendige Unterlagen sind anonymisiert zur Verfügung zu stellen.

## 2.5 Anerkennung als Fortbildungsmaßnahme

Die Zertifizierung des AD(H)S-Qualitätszirkels als anerkannte Fortbildungsmaßnahme erfolgt durch die zuständige Landesärztekammer bzw. Landespsychotherapeutenkammer. Mit der Teilnahme am AD(H)S-Qualitätszirkel erwirbt der teilnehmende Leistungserbringer Fortbildungspunkte.

## 2.6 Dokumentation

AD(H)S-Qualitätszirkelsitzungen sind zu protokollieren. Protokollpunkte sind dabei Termin und Zeitdauer, Thema, Teilnehmerzahl, Namen der Teilnehmer, Zeitpunkt und Thema des nächsten Qualitätszirkels. Insbesondere werden der Behandlungsansatz des vorstellenden Kinder- und Jugendarztes, Psychiaters und Psychotherapeuten sowie die von den Qualitätszirkelteilnehmern erarbeiteten Therapieempfehlungen protokolliert. Wurden Moderationsplakate verwendet, sind diese dem Protokoll beizufügen

## Evaluation

Die Evaluation erfolgt auf der Basis des jährlichen Qualitätsberichtes der KV Hamburg gemäß § 8 Nr.7 des Vertrages.

Die KV Hamburg erfragt dazu 1 x pro Jahr von den Leistungserbringern anhand folgender Liste:

Erfassungszeitraum: ..... bis [Datum der Aussendung der Liste]

Anzahl der Patienten mit Diagnose AD(H)S: .....

Davon: Diagnose AD(H)S gesichert: .....

Diagnosesicherung noch nicht abgeschlossen: .....

Wird in Ihrer Region ein AD(H)S-spezifisches Elterntraining angeboten: ja/nein

Wartezeit ca.: .....

Bei wie vielen der Patienten (mit gesicherter Diagnose) erfolgt/erfolgte ein Elterntraining:  
.....

Anzahl der Patienten, die sich aufgrund der Diagnose AD(H)S in psychotherapeutischer Behandlung befinden: .....

Anzahl der Patienten, bei denen die psychotherapeutische Behandlung erfolgreich beendet werden konnte: .....

Anzahl der Patienten, die aus dem Vertrag ausgeschrieben werden konnten:  
.....

## Individuelle Patienteninformation

### Patienteninformation

Name:	
Vorname:	Geburtsdatum:
Krankenkasse: <b>AOK Rheinland/Hamburg</b>	
Eingeschrieben am:	
Arztstempel:	

### Diagnose und Ausgangssituation

Verdachtsdiagnose am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

Diagnosesicherung am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

Kernsymptome	gar nicht	mäßig	deutlich	sehr stark
Aufmerksamkeitsstörung				
Hyperaktivität				
Impulsivität				

Zusatzkriterien	
vor dem Alter von 6-7 Jahren	ab wann?
mind. seit 6 Monaten	seit .... Monaten / ..... Jahren
verschied. Lebensbereiche	Familie      Schule/KiGa      Spiel
belastend	sozial + ++ +++ +++++ Leistung + ++ +++ +++++
Durch eine andere Diagnose besser beschrieben? ja/nein	

Definition/Diagnosekriterien für AD(H)S und/oder HKS erfüllt? ja/nein

Subtyp: AD(H)S

- vorwiegend unaufmerksam
- hyperaktiv – impulsiv
- kombinierter Typ

HKS

- Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit
- Hyperkinetische Störung mit Störung des Sozialverhaltens

AD(H)S in der Familie? Wer?

Komorbiditäten:

Was ist das größte Problem?

Wann im Tagesverlauf die meisten Probleme?

## Therapie und Verlauf

Datum:

Behandler:

Maßnahmen zuhause:

Maßnahmen in Schule / Kindergarten:

Nichtmedikamentöse Therapie:

Medikamentöse Therapie:

Kontrolltermin am:

Fallgespräch?

Sonstiges:

[Für die fortlaufende Dokumentation bei den Kontrolluntersuchungen ist der Abschnitt „Therapie und Verlauf“ zu kopieren, auszufüllen und der Patienteninformation beizuheften]

## Teilnahmeerklärung Patient zum Vertrag zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S in Hamburg

Anlage 7 a  
Teilnahmeerklärung Patient  
Ausfertigung für die AOK

Krankenkasse bzw. Kostenträger <b>AOK Rheinland/Hamburg</b>		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Hiermit erkläre ich,

- dass ich eine Patienteninformation erhalten habe und über den Behandlungsprozess der besonderen ambulanten Versorgung informiert wurde. Insbesondere wurde ich darüber informiert, dass meine Behandlung ausschließlich bei teilnehmenden Vertragspartnern durchgeführt werden kann,
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen wurde sowie darauf, dass ich jederzeit die Teilnahme gegenüber meiner AOK Rheinland/Hamburg widerrufen kann.

Ja, ich möchte mit Unterzeichnung der Erklärung an dieser besonderen Form der ambulanten ärztlichen Behandlung teilnehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum    Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

### Einwilligungserklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden,

- dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der geplanten Behandlung stehen, von den beteiligten Leistungserbringern verarbeitet und an die Beteiligten des Vertrages unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen,
- dass im Rahmen dieser Vereinbarung eine Dokumentation zur Qualitätssicherung mit anonymisierten Daten erstellt und durch die an diesem Vertrag Beteiligten ausgewertet wird.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis freiwillig erkläre und jederzeit widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum    Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum    Unterschrift Vertragsarzt    Vertragsarztstempel





Krankenkasse bzw. Kostenträger		
<b>AOK Rheinland/Hamburg</b>		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
BSNR	PT-Nummer	Datum

## Anlage 7 b

Praxisstempel/Unterschrift des Psychiaters bzw. Psychotherapeuten
--

### Teilnahmeerklärung des Patienten/Datenerhebung zum Vertrag zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S in Hamburg

Anhang 7 b  
Teilnahmeerklärung Patient  
Ausfertigung für die AOK

Hiermit erkläre ich,

- dass ich eine Patienteninformation erhalten habe und über den Behandlungsprozess der besonderen ambulanten Versorgung informiert wurde. Insbesondere wurde ich darüber informiert, dass meine Behandlung ausschließlich bei teilnehmenden Vertragspartnern durchgeführt werden kann,
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen wurde sowie darauf, dass ich jederzeit die Teilnahme gegenüber meiner AOK Rheinland/Hamburg widerrufen kann.

Ja, ich möchte mit Unterzeichnung der Erklärung an dieser besonderen Form der ambulanten ärztlichen Behandlung teilnehmen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

#### Einwilligungserklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden,

- dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der geplanten Behandlung stehen, von den beteiligten Leistungserbringern verarbeitet und an die Beteiligten des Vertrages unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen,
- dass im Rahmen dieser Vereinbarung eine Dokumentation zur Qualitätssicherung mit anonymisierten Daten erstellt und durch die an diesem Vertrag Beteiligten ausgewertet wird.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis freiwillig erkläre und jederzeit widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
<b>AOK Rheinland/Hamburg</b>		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
BSNR	PT-Nummer	Datum

## Anlage 7 b

Praxisstempel/Unterschrift des Psychiaters bzw. Psychotherapeuten
--

### Teilnahmeerklärung des Patienten/Datenerhebung zum Vertrag zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S in Hamburg

Anhang 7 b  
Teilnahmeerklärung Patient  
Ausfertigung für den Patienten

Hiermit erkläre ich,

- dass ich eine Patienteninformation erhalten habe und über den Behandlungsprozess der besonderen ambulanten Versorgung informiert wurde. Insbesondere wurde ich darüber informiert, dass meine Behandlung ausschließlich bei teilnehmenden Vertragspartnern durchgeführt werden kann,
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen wurde sowie darauf, dass ich jederzeit die Teilnahme gegenüber meiner AOK Rheinland/Hamburg widerrufen kann.

Ja, ich möchte mit Unterzeichnung der Erklärung an dieser besonderen Form der ambulanten ärztlichen Behandlung teilnehmen.

Datum, Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten  
**Einwilligungserklärung:**

Ich erkläre mich damit einverstanden,

- dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der geplanten Behandlung stehen, von den beteiligten Leistungserbringern verarbeitet und an die Beteiligten des Vertrages unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen,
- dass im Rahmen dieser Vereinbarung eine Dokumentation zur Qualitätssicherung mit anonymisierten Daten erstellt und durch die an diesem Vertrag Beteiligten ausgewertet wird.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis freiwillig erkläre und jederzeit widerrufen kann.

Datum, Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
BSNR	PT-Nummer	Datum

Praxisstempel/Unterschrift des Psychiaters  
bzw. Psychotherapeuten

**Teilnahmeerklärung des Patienten/Datenerhebung  
zum Vertrag  
zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung  
von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S in Hamburg**

Anhang 7 b  
Teilnahmeerklärung Patient  
Ausfertigung für die Praxis

Hiermit erkläre ich,

- dass ich eine Patienteninformation erhalten habe und über den Behandlungsprozess der besonderen ambulanten Versorgung informiert wurde. Insbesondere wurde ich darüber informiert, dass meine Behandlung ausschließlich bei teilnehmenden Vertragspartnern durchgeführt werden kann,
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen wurde sowie darauf, dass ich jederzeit die Teilnahme gegenüber meiner AOK Rheinland/Hamburg widerrufen kann.

Ja, ich möchte mit Unterzeichnung der Erklärung an dieser besonderen Form der ambulanten ärztlichen Behandlung teilnehmen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

**Einwilligungserklärung:**

Ich erkläre mich damit einverstanden,

- dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der geplanten Behandlung stehen, von den beteiligten Leistungserbringern verarbeitet und an die Beteiligten des Vertrages unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen,
- dass im Rahmen dieser Vereinbarung eine Dokumentation zur Qualitätssicherung mit anonymisierten Daten erstellt und durch die an diesem Vertrag Beteiligten ausgewertet wird.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis freiwillig erkläre und jederzeit widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Anlage 7 c

**Beendete Patiententherapien im Rahmen des AD(H)S Vertrages**

**mit der AOK Rheinland/Hamburg**

**Bitte mit der Quartalsabrechnung einreichen**

BSNR	LANR	Name Leistungserbringer	Praxissitz	Name Patient/in	Vorname Patient/in	Geb.-Datum Patient/in	Ende der Behandlung am

\_\_\_\_\_  
Vertragsarztstempel

## Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Förderung der Qualität der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S als Anlage L zum Gesamtvertrag gemäß § 83 SGB V

Rücksendung auch per Fax möglich: (040) 22 802 420

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon-Nr.		Fax-Nr.
Lebenslange Arzt bzw. Psychotherapeuten-Nr. (LAN)		Betriebsstätten-Nr. (BSNR)
Berufsausübungsgemeinschaft mit:		
Erbringung der beantragten Leistungen an mehreren Standorten:		
E-Mail:		
<b>Ich beantrage die Teilnahme am o. g. Vertrag für Versicherte der AOK als</b>		
Gebietsbezeichnung/Fachkunde		
Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung		

Teilnahmeerklärung Leistungserbringer  
Anlage 8

- und erfülle die in § 6 bzw. § 7 des Vertrages genannten Voraussetzungen.

vollständig  noch nicht vollständig   
(Die entsprechenden Nachweise liegen dem Antrag bei.)

Ich habe in meiner Praxis nichtärztliches Personal, welches eine Qualifikation für ein AD(H)S-spezifisches Elternseminar erworben hat.

(Die entsprechenden Nachweise liegen dem Antrag bei.)

1. Mir sind die Ziele und Inhalte des o. g. Vertrages unter besonderer Berücksichtigung der Abschnitte 4 (Teilnahme von Ärzten) und 5 (Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement) bekannt.
2. Ich erkläre, dass ich die KV Hamburg unverzüglich darüber informieren werde, wenn ich die Qualitätsanforderungen nicht mehr erfülle.
3. Ich werde darüber hinaus
  - die Teilnahmeerklärungen von Patientinnen/Patienten innerhalb der Frist an die KV Hamburg weiterleiten
  - mindestens dreimal pro Jahr an einem themenbezogenen Qualitätszirkel nach § 8 des Vertrages teilnehmen; eine entsprechende Teilnahmebescheinigung wird von mir vorgelegt
  - die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes bei der Datenverarbeitung personenbezogener Daten beachten.
4. Gleichfalls bin ich mit der Weitergabe meines Namens und meiner Praxisanschrift an die AOK Rheinland/Hamburg einverstanden sowie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an die teilnehmenden Patienten. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der im Vertrag genannten Listen im Internet.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des vorgenannten Vertrages.

---

Ort/Datum Unterschrift Praxisstempel

## **Vergütung**

### **Grundsätzliche Regelungen zur Vergütung**

- (1) Die Vergütungsregelung dieses Vertrages gilt für die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer nach § 6 Abs. 2 und 3 sowie nach § 7.
- (2) Die Vergütung der in diesem Vertrag aufgeführten ärztlichen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- (3) Der an dem Vertrag teilnehmende Leistungserbringer rechnet die nachstehenden Leistungen über die jeweils angegebene Symbolnummer (SNR) für die von ihm im Rahmen des Vertrages behandelten Versicherten über seine LANR/BSNR selbst ab.
- (4) Teilnehmende Ärzte können Leistungen im Rahmen dieses Vertrages nur für bei sich eingeschriebenen Versicherten nach § 3 Abs. 1 erbringen und abrechnen. Abweichend hiervon können die teilnehmenden Leistungserbringer die AD(H)S-Zusatzpauschale „Schulungsmodul“ ggf. auch für Versicherte erbringen und abrechnen, die bei anderen Vertragsteilnehmern eingeschrieben sind.

#### **Leistungsinhalte für Ärzte und Psychiater**

##### **(1) AD(H)S spezifisches „Diagnostik- und Explorationsmodul“**

###### *Leistungsinhalte:*

- Exploration der Eltern, der Erziehungsberechtigten und des Patienten
- Durchführung und Auswertung standardisierter Testverfahren
  - Fragebogen zur Erfassung der AD(H)S-Symptomatik bei Eltern und Patienten
  - Fragebogen zur Erfassung komorbider Störungen und von Lebensqualität bei Eltern, Lehrern und Patienten
- Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung während der Exploration und anderer Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung, einschließlich neurologischer und motoskopischer Untersuchung
- Beurteilung des Hör- und Sehvermögens

- Ggf. Labordiagnostik, ggf. EEG, ggf. spezialisierte organische Abklärung (z. B. Neuropädiatrie)
- Entwicklungsdiagnostik zum Ausschluss umschriebener Entwicklungsstörungen und von Intelligenzabweichungen
- AD(H)S-Assessments
- Erhebung von Informationen aus dem sozialem Umfeld (z. B. Kiga, Schule, Sportvereine, Jugendamt, Jugendzentren) evtl. unter Einschluss von Fragebögen
- Koordinierte und fachübergreifende Versorgung der Versicherten
- Freie Exploration der Lehrer, Erzieher und Therapeuten (auch telefonisch) oder schriftliche Information von Lehrern, Erziehern und Therapeuten (z. B. Zeugnisse)
- Schriftliche Information der an der Behandlung beteiligten Ärzte, Psychiater und Therapeuten
- Abstimmung der Therapieinhalte und Ziele mit den behandelnden Psychotherapeuten (persönlich und telefonisch)
- Erstellung eines Therapieplanes und Festlegung der Therapieziele sowie gemeinsame Rücksprache mit den Eltern und den an der Behandlung beteiligten Ärzten, Psychiatern und Therapeuten
- Krankheits- und situationsbezogene Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson zum Umgang mit der Erkrankung
- Motivation der Eltern und Erziehungsberechtigten zur Anleitung von Lehrern und Erziehern im fachgerechten Umgang mit der Erkrankung
- Es muss ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt vorliegen
- Pro Patient, mindestens 45 Minuten, Symbolnummer 93100                      100,00 EUR

Das AD(H)S- „Diagnostik- und Explorationsmodul“ ist einmalig für an dem Vertrag teilnehmende Kinder und Jugendliche mit der Verdachtsdiagnose AD(H)S abrechenbar. Für Kinder und Jugendliche, für die bereits eine gesicherte Diagnose gestellt ist, kann die Pauschale nicht abgerechnet werden.

## **(2) AD(H)S-Zusatzpauschale „Steuerungs- und Koordinierungsmodul“**

### *Leistungsinhalte:*

- Krankheits- und situationsbezogene Anleitung der Lehrer und Erzieher zum Umgang mit der Erkrankung
- Erhebung und Weiterleitung von Informationen aus und in das soziale Umfeld (z. B. Kiga, Schule, Sportvereine, Jugendamt, Jugendzentren)
- Regelmäßiger Austausch mit Lehrern, Erziehern und Therapeuten (auch telefonisch)

oder schriftliche Information von Lehrern, Erziehern und Therapeuten (z. B. Zeugnisse)

- Schriftliche Information der an der Behandlung beteiligten Ärzte, Psychiater und Therapeuten
  - Krankheits- und situationsbezogene Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson(en)
  - Ggf. Rücksprache mit den behandelnden Psychotherapeuten und Anpassung des Therapieplanes
  - Ärztliche Koordination begleitender Maßnahmen mit weiteren Versorgungsstrukturen und -instanzen
  - Koordination der Behandlung durch psycho-, ergo- und/oder sprachtherapeutische Einrichtungen und/oder multiprofessionelle Teams
  - Konsiliarische Erörterung mit beteiligten Ärzten, Psychiatern, Psychologen bzw. mit dem Hausarzt, vor allem bei Begleiterkrankungen
  - Austausch über den Erfolg der vereinbarten Maßnahmen und ggf. Abstimmung und Anpassung des weiteren Therapieverlaufes mit den behandelnden Psychotherapeuten
  - Bedarfsgerechte Anpassung des Therapieplanes in Abhängigkeit der Ergebnisse des patientenindividuellen Abschlussberichtes zum Ende der psychotherapeutischen Behandlung
  - Datenerhebung und umfassende Dokumentation (Basis-, Folgedokumentation), auch zu Evaluationszwecken
  - Erstellen eines ausführlichen Verlaufsberichtes (gemäß Anlage 6)
  - Es muss ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt vorliegen
  - Pro Patient, mindestens 25 Minuten, 1 x pro Quartal,
- Symbolnummer 93101 50,00 EUR

Die AD(H)S-Zusatzpauschale „Steuerungs- und Koordinierungsmodul“ ist einmal pro Quartal pro teilnehmendem Kind und Jugendlichen abrechenbar.

### **(3) AD(H)S-Zusatzpauschale „Schulungsmodul“**

#### *Leistungsinhalte:*

- Die Schulung muss den Anforderungen von „Optimind“, „THOP“ oder dem „Marburger Konzentrationstraining“ entsprechen
- An einer Schulung nehmen bis zu maximal 16 Personen teil
- Maximal 4 Veranstaltungen zu je 4 Stunden pro Patient sind abrechenbar. Die Pauschale ist nur bei nachgewiesener Teilnahme eines Elternteils abrechenbar
- Pro Veranstaltung pro Patient , Symbolnummer 93102 105,00 EUR

Die AD(H)S-Zusatzpauschale „Schulungsmodul“ ist viermal pro teilnehmendem Kind und Jugendlichen abrechenbar.

#### (4) AD(H)S-Zusatzpauschale „Schulungsmodul“

*Leistungsinhalte:*

- Die Schulung muss den Anforderungen von „Optimind“, „THOP“ oder dem „Marburger Konzentrationstraining“ entsprechen
- An einer Schulung nehmen bis zu maximal 16 Personen teil
- Maximal 8 Veranstaltungen zu je 2 Stunden pro Patient sind abrechenbar. Die Pauschale ist nur bei nachgewiesener Teilnahme eines Elternteils abrechenbar
- Pro Veranstaltung pro Patient, Symbolnummer 93103 52,50 EUR

Die AD(H)S-Zusatzpauschale „Schulungsmodul“ ist achtmal pro teilnehmendem Kind und Jugendlichen abrechenbar.

<b>Übersicht AD(H)S-Zusatzpauschalen – ärztliche/psychiatrische Leistungen</b>		
Ausführung der Leistungsinhalte	Symbolnummer	Vergütung
AD(H)S spezifisches „Diagnostik- und Explorationsmodul“	93100	100,00 EUR einmalig pro Patient abrechenbar
AD(H)S-Zusatzpauschale „Steuerungs- und Koordinierungsmodul“	93101	50,00 EUR einmal pro Quartal pro Patient abrechenbar
AD(H)S-Zusatzpauschale „Schulungsmodul“ (4x4 Stunden)	93102	105,00 EUR viermal pro Patient abrechenbar
AD(H)S-Zusatzpauschale „Schulungsmodul“ (8x2 Stunden)	93103	52,50 EUR achtmal pro Patient abrechenbar

## Leistungsinhalte für Psychotherapeuten

### (5) „AD(H)S spezifisches psychotherapeutisches Explorationsmodul“

*Leistungsinhalte:*

- Exploration der Eltern, der Erziehungsberechtigten und des Patienten
- Durchführung und Auswertung standardisierter Testverfahren
  - Fragebogen zur Erfassung der AD(H)S-Symptomatik bei Eltern und Patienten
  - Fragebogen zur Erfassung komorbider Störungen und von Lebensqualität bei Eltern, Lehrern und Patienten
- Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung während der Exploration und anderer Untersuchungen
- Entwicklungsdiagnostik zum Ausschluss umschriebener Entwicklungsstörungen und von Intelligenzabweichungen
- AD(H)S-Assessments
- Erhebung von Informationen aus dem sozialem Umfeld (z. B. Kiga, Schule, Sportvereine, Jugendamt, Jugendzentren) evtl. unter Einschluss von Fragebögen
- Koordinierte und fachübergreifende Versorgung der Versicherten
- Freie Exploration der Lehrer, Erzieher und Therapeuten (auch telefonisch) oder schriftliche Information von Lehrern, Erziehern und Therapeuten (z. B. Zeugnisse)
- Schriftliche Information der an der Behandlung beteiligten Ärzte, Psychiater und Therapeuten
- Abstimmung der Therapieinhalte und Ziele mit den am Vertrag teilnehmenden Ärzten und Psychiatern (persönlich und telefonisch)
- Erstellung eines Therapieplanes und Festlegung der Therapieziele sowie gemeinsame Rücksprache mit den Eltern und den an der Behandlung beteiligten Ärzten, Psychiatern und Therapeuten
- Krankheits- und situationsbezogene Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson zum Umgang mit der Erkrankung
- Motivation der Eltern und Erziehungsberechtigten zur Anleitung von Lehrern und Erziehern im fachgerechten Umgang mit der Erkrankung
- Es muss ein persönlicher Patienten-Kontakt vorliegen
- Pro Patient, mindestens 50 Minuten, Symbolnummer 93104                      50,00 EUR

Das „AD(H)S- Diagnostik- und Explorationsmodul“ ist einmalig für an dem Vertrag teilnehmende Kinder und Jugendliche mit der Verdachtsdiagnose AD(H)S abrechenbar. Für Kin-

der und Jugendliche, für die bereits eine gesicherte Diagnose gestellt ist, kann die Pauschale nicht abgerechnet werden.

## **(6) „AD(H)S-Zusatzpauschale Steuerungs- und Koordinierungsmodul“**

### *Leistungsinhalte:*

- Krankheits- und situationsbezogene Anleitung der Lehrer und Erzieher zum Umgang mit der Erkrankung
- Erhebung und Weiterleitung von Informationen aus und in das soziale Umfeld (z. B. KiGa, Schule, Sportvereine, Jugendamt, Jugendzentren)
- Regelmäßiger Austausch mit Lehrern, Erziehern und Therapeuten (auch telefonisch) oder schriftliche Information von Lehrern, Erziehern und Therapeuten (z. B. Zeugnisse)
- Schriftliche Information der an der Behandlung beteiligten Ärzte, Psychiatern und Therapeuten
- Krankheits- und situationsbezogene Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson(en)
- Ggf. Rücksprache mit den behandelnden Ärzten und Psychiatern und Anpassung des Therapieplanes
- Koordination begleitender Maßnahmen mit weiteren Versorgungsstrukturen und -instanzen
- Koordination der Behandlung durch ergo- und/oder sprachtherapeutische Einrichtungen und/oder multiprofessionelle Teams
- Konsiliarische Erörterung mit beteiligten Ärzten, Psychologen bzw. mit dem Hausarzt, vor allem bei Begleiterkrankungen
- Austausch über den Erfolg der vereinbarten Maßnahmen und ggf. Abstimmung und Anpassung des weiteren Therapieverlaufes mit den am Vertrag teilnehmenden Psychotherapeuten
- Bedarfsgerechte Anpassung des Therapieplanes in Abhängigkeit der Ergebnisse des patientenindividuellen Abschlussberichtes zum Ende der psychotherapeutischen Behandlung
- Datenerhebung und umfassende Dokumentation (Basis-, Folgedokumentation), auch zu Evaluationszwecken
- Erstellen eines ausführlichen Verlaufsberichtes (gemäß Anlage 6)
- Es muss ein persönlicher Patienten-Kontakt vorliegen
- Pro Patient, mindestens 20 Minuten, alle 2 Quartale abrechenbar  
Symbolnummer 93105

30,00 EUR

Die „AD(H)S-Zusatzpauschale Steuerungs- und Koordinierungsmodul“ ist zweimal pro Jahr pro teilnehmendem Kind und Jugendlichen abrechenbar.

### **(7) „AD(H)S-Zusatzpauschale Schulungsmodul“**

*Leistungsinhalte:*

- Die Schulung muss den Anforderungen von „Optimind“, „THOP“ oder dem „Marburger Konzentrationstraining“ entsprechen
- An einer Schulung nehmen bis zu maximal 16 Personen teil
- Maximal 4 Veranstaltungen zu je 4 Stunden pro Patient sind abrechenbar. Die Pauschale ist nur bei nachgewiesener Teilnahme eines Elternteils abrechenbar.
- Pro Veranstaltung pro Patient, Symbolnummer 93106 105,00 EUR

Die „AD(H)S-Zusatzpauschale Schulungsmodul“ ist viermal pro teilnehmendem Kind und Jugendlichen abrechenbar.

### **(8) „AD(H)S-Zusatzpauschale Schulungsmodul“**

*Leistungsinhalte:*

- Die Schulung muss den Anforderungen von „Optimind“, „THOP“ oder dem „Marburger Konzentrationstraining“ entsprechen.
- An einer Schulung nehmen bis zu maximal 16 Personen teil.
- Maximal 8 Veranstaltungen zu je 2 Stunden pro Patient sind abrechenbar. Die Pauschale ist nur bei nachgewiesener Teilnahme eines Elternteils abrechenbar.
- Pro Veranstaltung pro Patient, Symbolnummer 93107 52,50 EUR

Die „AD(H)S-Zusatzpauschale Schulungsmodul“ ist achtmal pro teilnehmendem Kind und Jugendlichen abrechenbar.

### **(9) „AD(H)S spezifische Samstagssprechstunde“**

*Leistungsinhalte:*

- Zusätzliche Öffnung der Praxen zur Durchführung von psychotherapeutischen Leistungen für die an diesem Vertrag teilnehmenden Kinder und Jugendlichen an einem festen Termin einmal monatlich samstags für mindestens 5 Stunden.
- Die Sprechstunde zu besonderen Zeiten darf nur abgerechnet werden, wenn mindestens vier an dem Vertrag teilnehmende Kinder und Jugendliche an dem entsprechenden Samstag mit Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie nach den Kapiteln 35.1 und 35.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes behandelt werden.

- Über die Termine informieren teilnehmende Psychotherapeuten die KV Hamburg rechtzeitig. Die KV Hamburg stellt der AOK eine regionale Übersicht der an den jeweiligen Samstagen geöffneten Praxen zur Verfügung.
- Einmal pro Monat abrechenbar, Symbolnummer 93108 200,00 EUR

<b>Übersicht AD(H)S-Zusatzpauschalen – psychotherapeutische Leistungen</b>		
Ausführung der Leistungsinhalte	Symbolnummer	Vergütung
AD(H)S spezifisches psychotherapeutisches Explorationsmodul	93104	50,00 EUR einmalig pro Patient abrechenbar
AD(H)S-Zusatzpauschale Steuerungs- und Koordinierungsmodul	93105	30,00 EUR zweimal im Jahr pro Patient abrechenbar
AD(H)S-Zusatzpauschale Schulungsmodul	93106	105,00 EUR viermal pro Patient abrechenbar
AD(H)S-Zusatzpauschale Schulungsmodul	93107	52,50 EUR achtmal pro Patient abrechenbar
AD(H)S spezifische Samstagssprechstunde	93108	200,00 EUR einmal pro Monat abrechenbar

## **Anlage M**

**zum Gesamtvertrag zwischen der KVH  
und der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse**

**vom 18. April 1996  
in der Fassung des 25. Nachtrages vom 28. September 2011**

### **Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes**

**bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen**

**nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V**

**in Verbindung mit § 87a Absatz 3 Satz 2 und § 83 SGB V**

**mit Wirkung ab dem II. Quartal 2011 bis IV. Quartal 2012**

Dieser Bereinigungsvertrag wird als **Anlage M** Bestandteil des zwischen den Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtvertrages.

## **Präambel**

Die Vertragspartner schließen für den Zeitraum vom 01.04.2011 bis 31.12.2012 die nachfolgende Vereinbarung zur Umsetzung der Beschlüsse des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c und 140a ff SGB V im Versorgungsbereich Hamburg. Die Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme von Selektivverträgen ist Gegenstand einer gesonderten Vereinbarung.

## **§ 1 Grundlagen**

- (1) Bereinigungen nach dieser Vereinbarung erfolgen auf der Grundlage
  - des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 238. Sitzung am 19. Oktober 2010 – Bereinigungsbeschluss für 2011 - 2012 - (im Folgenden 238. Beschluss),
  - des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 242. Sitzung am 24. November 2010 – Ergänzungsbeschluss 2011 - 2012 - (im Folgenden 242. Beschluss)
  - des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 246. Sitzung im schriftlichen Verfahren – Datenübermittlungsbeschluss für 2011 - 2012- (im Folgenden 246. Beschluss)mit Wirkung ab dem II. Quartal 2011 bis einschließlich des IV. Quartal 2012.
- (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. Im Übrigen gilt § 7.

## **§ 2 Voraussetzungen/Inhalt und Umfang der Bereinigung**

- (1) Die AOK Rheinland/Hamburg hat der KV Hamburg den Abschluss eines Selektivvertrages frühzeitig anzuzeigen und die erforderlichen Vertragsdokumente, zu denen insbesondere der Ziffernkranz gehört, der KV Hamburg zur Verfügung zu stellen. Die KV Hamburg bestätigt unverzüglich den Eingang.
- (2) Im Falle einer Fusion von Krankenkassen ist diese der KV Hamburg anzuzeigen. In diesem Fall ist eine schriftliche Information der KV Hamburg über die Weitergeltung und/oder Rechtsnachfolge geschlossener Verträge Voraussetzung weiterer Bereinigungen.
- (3) Die Bereinigung erfolgt ausschließlich für selektivvertragliche Leistungen, die den Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 2 und § 73 SGB V inner-

halb der regional vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechen. Für die zu bereinigenden EBM-Ziffern gilt § 2 Abs. 1.

- (4) Die Regelungen dieser Vereinbarung finden auf Basis des entsprechenden Leistungsbedarfs von an Selektivverträgen teilnehmenden Versicherten auch Anwendung auf Leistungen außerhalb der MGV soweit diese nach Maßgabe der Honorarvereinbarung mengenbegrenzenden Maßnahmen unterliegen.
- (5) Zur Ermittlung des historischen Leistungsbedarfs je Versicherten bei Hausarztverträgen nach § 73b SGB V werden
- a) Zur sachgerechten Berücksichtigung von Leistungen der versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften bzw. MVZ's, die in der Festlegung nach Absatz 5 Buchst. d enthalten sind, wird in den Quartalen 1/2008 und 2/2008 der zu bereinigende Leistungsbedarf um 1,37 % gemindert.
  - b) Zur sachgerechten Berücksichtigung der von Hausärzten veranlassten Laborleistungen im Quartal IV/2008 wird der durchschnittliche Leistungsbedarf der Laborziffern (32025 bis 32128 EBM) im Quartal 3/2008 auf die Quartale 1, 2 und 4/2008 unter Berücksichtigung der Quartalsgewichtung 2008 hochgerechnet und bildet so den historischen Leistungsbedarf für von Hausärzten veranlassten Laborleistungen. Die Quartalsgewichtung ergibt sich je Kasse aus der in der Honorarvereinbarung 2008 enthaltenen Gewichtung der Kopfpauschalen. Sofern zum Zeitpunkt der Bereinigung kein Honorarvertrag 2008 vorliegt, werden die Werte entsprechend aus 2007 angesetzt. Die Einzelheiten zur Umsetzung der vorgenannten Regelung sind gesondert in Anlage 1 zu dieser Vereinbarung aufgeführt.
  - c) Bei der Bereinigung werden die von an Selektivverträgen teilnehmenden Ärzten veranlassten oder erbrachten Laborleistungen soweit sie nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, nicht auf die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina, sondern 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.
  - d) Ausschließlich Leistungen herangezogen, die von Hausärzten gem. § 73b Abs.1a Satz 1 erbracht werden, die: Im 1. und 2. Quartal 2008 in den EFN-Datensätzen eine der folgenden hausärztlichen Versichertenpauschalen (GOP) des EBM abgerechnet haben:

03110	04110
03111	04111
03112	04112
03120	04120
03121	04121
03122	04122
03130	04130

oder in den Quartalen 3 und 4/2008 in den EFN-Datensätzen in ihrer LANR an der 8. und 9. Stelle die Ausprägung 01, 02 oder 03 sowie 34 bis 39 oder 46 aufweisen.

- (6) Die Bereinigung des Behandlungsbedarfes findet für Versicherte statt, die nach dem Wohnortprinzip dem Bezirk der KV Hamburg zugeordnet sind (Wohnort-KV).
- (7) Voraussetzung für eine Bereinigung des Behandlungsbedarfs ist, dass eine wirksame Vereinbarung über die Bereinigung der Regelleistungsvolumen (RLV) für das Quartal, in dem die Bereinigung stattfinden soll, vorliegt.

- (8) Die Summe der gemäß der Beschlüsse ermittelten jahresbezogenen Leistungsbedarfe der an einem Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten wird entsprechend der jeweils geltenden Honorarvereinbarung auf die Quartale aufgeteilt.
- (9) Sofern die Bereinigung Selektivverträge mit situativer Einschreibung/Teilnahme betrifft, wird die Bereinigung nach Feststellung des für den Selektivvertrag maßgeblichen Bereinigungsbetrages je Versicherten anhand der von der AOK gemeldeten Zahl der tatsächlichen Inanspruchnehmer des Selektivvertrages vorgenommen.
- (10) Der für jede AOK einvernehmlich festgestellte quartalsbezogene Bereinigungsbetrag wird von der KV Hamburg bei der Abrechnung des jeweiligen Quartals von der MGV in Abzug gebracht. Der Ausweis erfolgt im Rechnungsbrief und entsprechend der Formblatt-Richtlinien unter Kontenart 400, Vorgänge 995 bis 998.
- (11) Die Bereinigung erfasst auch die in fremden KV-Bezirken erbrachten Leistungsbedarfe.
- (12) Zur Ermittlung des Leistungsbedarfes zur Bereinigung von Hausarztverträgen werden auch Ziffern mit Suffixen (Gebührenordnungsnummer, die mit Buchstaben spezifiziert sind), die nicht im Bereinigungsziffernkranz nach Absatz 1 enthalten sind, gleichbehandelt wie entsprechende Grundziffern.

### **§ 3**

#### **Deklaratorische Bereinigung**

Sofern eine deklaratorische Bereinigung des Behandlungsbedarfes 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.

### **§ 4**

#### **Inanspruchnahme des Kollektivsystems**

- (1) Erfolgt durch in Selektivverträgen eingeschriebene Versicherte eine Inanspruchnahme von selektivvertraglich vereinbarten Leistungen, für die eine Bereinigung erfolgt ist, im Kollektivvertrag, vergütet die AOK die erbrachten Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der MGV.
- (2) Nehmen in Selektivverträgen eingeschriebene Versicherte Leistungen bei bereichsfremden Ärzten anderer KV-Bezirke im Kollektivvertrag in Anspruch, erfolgt eine Verrechnung dieser Leistungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen über den Fremdkassenzahlungsausgleich. In diesen Fällen vergütet die AOK der KV Hamburg die Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der MGV.
- (3) Für die Vergütungen der im Rahmen einer nicht vertragsgemäßen Inanspruchnahme gemäß des 238. Beschlusses Abschnitt II, Nr. 1.5, Ziffer 4. erbrachten Leistungen werden Abschlagszahlungen vereinbart. Die Ermittlung der Abschlagszahlungen erfolgt dabei in entsprechender Anwendung der jeweils geltenden Gesamtverträge

## **§ 5 Notdienst**

Leistungen des ärztlichen Notdienstes (Scheinart N) werden über die KV Hamburg abgewickelt. Eine Bereinigung der Gesamtvergütung um diese Leistungen findet nicht statt. Im Übrigen gelten die Verträge der Ersatz- und Primärkassen über die Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung im Notdienst in der jeweils gültigen Fassung.

## **§ 6 Datenlieferung**

- (1) Hinsichtlich der Datenlieferungen für Bereinigungen ab dem 2. Quartal 2011 finden die 246. Beschlüsse Anwendung.
- (2) Erfolgt keine fristgerechte Lieferung der Daten an die KV Hamburg entsprechend der Beschlüsse, findet eine Bereinigung für das betreffende Quartal nicht statt.
- (3) Eine Bereinigung erfolgt nur für Versicherte, die in den fristgerecht gelieferten Daten an die KV Hamburg enthalten sind.
- (4) Für Leistungen, die nicht im Ziffernkranz aufgeführt sind, findet eine Bereinigung nicht statt.

## **§ 7 Fortentwicklung des Vertrages**

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

## **§ 8 Bereinigungszeitraum/Inkrafttreten**

Die Vereinbarung gilt für den Zeitraum vom II. Quartal 2011 bis zum IV. Quartal 2012 und endet, ohne dass es hierfür einer Kündigung bedarf, am 31.12.2012.

## **§ 9 Salvatorische Klausel**

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, oder sollte der Vertrag unvollständig sein, so wird der Vertrag in seinem übrigen Inhalt davon nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.

**Hamburg, den 28.09.2011**

**Protokollnotiz**  
**zur**  
**Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes**

Die Vertragspartner werden bis zum 01.03.2011 eine einvernehmliche Regelung darüber treffen, ob und inwieweit zusätzliche Daten nach den hierfür geltenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses (zuletzt 246. Sitzung) übermittelt werden.

Des Weiteren werden die Vertragspartner bis zum 01.03.2011 eine einvernehmliche Regelung darüber treffen, wie eine Berücksichtigung von Bereinigungen bei den Abschlagszahlungen über die bereits in § 4 geregelten Fälle hinaus zu erfolgen hat.

## **Protokollnotiz**

Die KV Hamburg wird mit der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse bis zum 29.09.2011 eine Abstimmung des Ziffernkranzes mit dem Ziel der Einvernehmensherstellung vornehmen.

Die Vertragspartner haben den RLV-Bereinigungsvertrag als Anlage zum Verteilungsmaßstab vereinbart. Für den Fall, dass der Verteilungsmaßstab nicht mehr gemeinsam und einheitlich vereinbart werden muss, findet § 2 Absatz 7 keine Anwendung mehr.

## Anlage 1 zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes

Die hausärztlich veranlassten Laborleistungen gem. § 2 Absatz 5 Buchstabe b) werden wie folgt ermittelt:

Schritt	Bezeichnung	Inhaltsbeschreibung
1	Auswertung der Leistungsbedarfe 2008	Dabei werden für einen am Hausvertrag (HZV) teilnehmenden Versicherten nur die Leistungsbedarfe aus Quartalen des Jahres 2008 herangezogen, in denen dieser Versicherte mit Wohnsitz in der KV Hamburg durchgängig bei der betreffenden Krankenkasse versichert war.
2	Trennung der ermittelten Leistungsbedarfe 2008	Hierzu werden die Leistungsbedarfe nach beschlusskonformer Ermittlung für alle 4 Quartale 2008 a) in den Labor-Leistungsbedarf (GOP 32025 – 32128) sowie b) in den Rest-Leistungsbedarf gesplittet.  Technisch werden hierzu die Laborbehandlungsbedarfe aus der regulären Leistungsbedarfsdatei Satzart L09 gestrichen. An deren Stelle treten die ermittelten durchschnittlichen Laborleistungsbedarfe nach Ziffer 4. Die Darstellung erfolgt durch eine fiktive Laborziffer „Labor1 bis 4“ je Quartal I. bis IV/2008.
3	Ermittlung des durchschnittlichen Laborleistungsbedarfs aus dem III. Quartal 2008	Die Ermittlung gem. § 2 Absatz 5 Buchstabe b) erfolgt durch <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufsummierung sämtlicher ermittelter Laborleistungen nur des III. Quartals 2008</li> <li>- Durch Division dieser Summe durch alle am Hausarztvertrag (HZV) teilnehmenden Versicherten, deren Leistungsbedarfe nach Schritt 1 im III. Quartal 2008 ausgewertet werden</li> </ul> Im Divisor sind auch am Hausarztvertrag (HZV) teilnehmende Versicherte enthalten, deren Leistungsbedarf Labor im III. Quartal 2008 NULL ist. Der Divisor enthält nur die am Hausarztvertrag (HZV) teilnehmenden Versicherten, die die Voraussetzungen des Schritt 1 im III. Quartal 2008 erfüllen.
4	Quartalspezifische Anpassung des ermittelten Laborleistungsbedarfs	Der ermittelte durchschnittliche Laborleistungsbedarf wird entsprechend der quartalsweisen Aufteilung der kassenspezifischen Kopfpauschalen 2008 (bzw. sofern nicht vorhanden 2007) angepasst.  Hierzu wird zunächst ein Mittelwert aus allen Kopfpauschalen I – IV/2008 gebildet.  Anschließend wird die Abweichung der quartalsweisen Kopfpauschalen vom Mittelwert errechnet.  Der ermittelte durchschnittliche Laborleistungsbedarf III/2008 wird dann für jedes Quartal I bis IV/2008 mit dem entsprechenden Anpassungsfaktor multipliziert und ergibt den für das jeweilige Quartal 2008 zu bereinigenden Laborleistungsbedarf.
5	Ansatz des quartalsweise ermittelten Laborleistungsbedarfs	Der je Quartal 2008 ermittelte Laborleistungsbedarf tritt an die Stelle der individuellen Labor-Leistungsbedarfe im jeweiligen Quartal 2008 (die normalerweise ausgewertet würden, wenn Ausprägung "1" in Feld 13 der Satzart L07).

Im Übrigen erfolgt die Berechnung der Leistungsbedarfe beschlussgemäß.

**Honorarvereinbarung vom 26. November 2008**  
**in der Fassung des**  
**3. Nachtrages vom 9. Juni 2010**

Zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

und

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

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

der **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 den Leiter in der vdek-Landesvertretung Hamburg

wird folgende

**Honorarvereinbarung 2009**

geschlossen:

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

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

2. Der Punktwert zur Kalkulation der Vergütung der Leistungen nach der regionalen Euro-Gebührenordnung (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) im Jahre 2009 beträgt 3,5001 Cent.

3. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des Behandlungsbedarfs je Versicherten der Krankenkasse (Anlage 2 zu dieser Vereinbarung) und der jeweils aktuellen Zahl der Versicherten der Krankenkasse sowie dem Punktwert nach Nr. 2.

3.1. Die rubrizierenden Verbände der Krankenkassen liefern der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg jeweils binnen 4 Wochen nach Ablauf eines Kalendervierteljahres eine Aufstellung ihrer Versicherten in dem Kalendervierteljahr.

3.2. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung stellt eine höchstzulässige Obergrenze dar und wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4 dieser Vereinbarung) gezahlt. Darüber hinaus kann eine Nachschusspflicht ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V auf der Grundlage des Beschlusses des EBA vom 27./28.08.2008 und 23.10.2008 Teil E gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V begründet werden.

3.3. Werden RLV einzelner Ärzte bzw. Praxen i. S. des § 87b Abs.2 S.2 SGB V tatsächlich nicht ausgeschöpft, werden diese Unterschreibungsbeträge versorgungsbereichsspezifisch den Rückstellungen gemäß Beschluss Teil G des Beschlusses des EBA vom 27./28. August 2008 zugeführt und stehen für einen Ausgleich von Unterdeckungen der Rückstellungen zum Beschluss Teil G und der Vorwegabzüge gemäß Nr. 2 der Anlage 2 zum Beschluss Teil F zur Verfügung. Nach einem Ausgleich von Unterdeckungen der Rückstellungen zum Beschluss Teil G und der Vorwegabzüge gemäß Nr. 2 der Anlage 2 zum Beschluss Teil F nicht verbrauchte Beträge dieser Rückstellungen gemäß Satz 1 werden versorgungsbereichsspezifisch gesonderten Rückstellungen zugeführt. Diese Rückstellungen erhöhen versorgungsbereichsspezifisch die ermittelten RLV-Vergütungsvolumen des nächsterreichbaren Kalendervierteljahres.

3.4. Die psychotherapeutischen Leistungen sind Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen. Das Vergütungsvolumen für die antrags- und genehmigungsbedürftigen psychotherapeutischen Leistungen wird gem. dem Beschluss des EBA gebildet. Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg bildet ein angemessenes Vergütungsvolumen sowie zusätzlich eine Rückstellung aus der Summe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

3.5. Die KVH bildet ausreichend Rückstellungen und Vorwegabzüge gemäß der Vorgaben der Beschlussteile G und F des EBA. Über- und Unterdeckungen bei den gebildeten Rückstellungen bzw. Vorwegabzügen werden über die Berechnung der versorgungsbereichsspezifisch ermittelten Regelleistungsvolumen für das nächst erreichbare Quartal ausgeglichen.

3.6. 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.

3.7. Zur Vermeidung zukünftiger Verwerfungen in der Honorarsystematik und zur korrekten Darstellung des Hamburger Leistungsgeschehens im Zuge zukünftiger Datenlieferungen gegenüber dem InBa wird das Formblatt 3 des ersten Quartals 2009 sowie sämtliche übrigen Datenlieferungen an das InBa, die im Zusammenhang mit den C4 Daten und der Ermittlung der HVV Quoten von Bedeutung sind (insbesondere Daten der arztseitigen Rechnungslegung) korrigiert. Für die folgenden Quartale des Jahres 2009 wird eine den Bestimmungen dieses Vertrages entsprechende Rechnungslegung von der KVH zugesichert.

4. Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden folgende Leistungen 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 der Gebührenordnung 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 der Gebührenordnung,

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 der Gebührenordnung (GOP 25210 bis 25342),

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

4.9. Leistungen der künstlichen Befruchtung, nach den GOP 01510, 01511, 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08510, 08530, 08531, 08540 bis 08542, 08550 bis 08552, 08560, 08561, 08570 bis 08574, 11311, 11312, 11320 bis 11322, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, und 33090 sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den GOP 32354, 32356, 32357, 32575 bis 32577, 32660 und 32781, 36272, 36503 und 36822.

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. der regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V,

4.13. Dialyse Sachkostenpauschalen nach den GOP 40800 bis 40822,

4.14. die Pauschalen für das Sozialpädiatrische Zentrum Dr. Flehmig, die von der KVH im Auftrag der Krankenkassen abgerechnet werden,

4.15 Kostenpauschalen nach den GOP 40870 und 40872 für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen nach Maßgabe der Leistungsvoraussetzungen nach Anlage 8 EKV/BMV-Ä (Delegationsvereinbarung) mit Wirkung ab dem 01. April 2009,“

4.16 Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(A)-Erhöhung nach der GOP 13622 einschließlich der Sachkosten ab dem 01. April 2009,

4.17 Kostenpauschalen nach den GOP 40860 und 40862 zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ab dem 01. April 2009,

4.18 Spezialisierte Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922 und 30924 ab dem 01. Juli 2009,

4.19 Kostenpauschalen im Zusammenhang mit der Verordnung besonderer Arzneimitteltherapie nach den GOP 40865 bis 40868 ab dem 01. Juli 2009,

4.20 Nukleinsäurenachweis von Influenza A/H1N1 nach der GOP 88740 sowie der Influenza Schnelltest nach der GOP 88741 ab dem 17. August 2009,

4.21 Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882 ab dem 01. Oktober 2009,

4.22. Der Leistungsbedarf des Jahres 2007 als Ausgangsbasis für die Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des Jahres 2009 wird um die auf die Leistungen nach Nr. 4.11, 4.12 und 4.13 entfallenden Leistungsbedarfe des Jahres 2007 bereinigt. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass in Euro bewertete Kostenpauschalen in Punktzahlen umgerechnet worden sind.

4.23. Das vom Bewertungsausschuss nach § 87 a Abs.5 Satz 4 SGB V festzulegende Verfahren ist für die Leistungen nach 4.11. – 4.13. dieses Vertrages entsprechend anzuwenden.

4.24 In Umsetzung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Überbrückung des Engpasses mit Radiopharmaka werden Leistungen der PET-Untersuchungen mit 18-Fluorid ab dem 01.01.2009 bis zum 31.12.2009 mit einem Betrag von 500 EUR (GOP 88738) vergütet.

Hiervon werden 410,64 EUR außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Im Übrigen erfolgt die Vergütung der PET-Untersuchung mit 18-Fluorid in dem Umfang, in welchem die Vergütung der durch die genannten Verfahren substituierten Knochenszintigraphien erfolgt wäre, aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung/den Regelleistungsvolumina der Vertragsärzte, die die PET-Untersuchung erbringen. Eine Bereinigung findet nicht statt.

Die differenzierte Ausweisung nach der vorgenannten Regelung erfolgt im Formblatt 3 in der Kontenart 400 unter Kapitel 88 in der Ebene 6. Hierbei wird der Betrag von 500 EUR (GOP 88738)

- in Höhe von 89,36 EUR mit der Kennzeichnung 88738A innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ausgewiesen und
- in Höhe von 410,64 EUR mit der Kennzeichnung 88738B außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ausgewiesen.

## 5. Für die Leistungen

5.1. nach Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses in der Fassung vom 23.10.2008 Teil H Nr. 1.6 wird ein Zuschlag in Höhe von 0,7182 Cent

5.2. nach Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses in der Fassung vom 23.10.2008 Teil H Nr. 1.7 wird ein Zuschlag in Höhe von 1,2511 Cent,

5.3. nach Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses in der Fassung vom 23.10.2008 Teil H Nr. 1.1 wird ein Zuschlag in Höhe von 0,3288 Cent

auf den 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 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 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 Euro-Gebührenordnung bei belegärztlicher Leistungserbringung ein Abschlag vorgesehen ist, werden entsprechend bewertet.

b) Leistungen der Kapitel 33 und 34 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 Euro-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen des Kapitels 01 der Euro-Gebührenordnung, die mit mindestens 6,-- Euro bewertet sind, werden mit den Sätzen der Euro-Gebührenordnung bewertet.

Die Leistungen des Kapitels 32 der Euro-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen aus dem Kapitel 01 der 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 Euro-Gebührenordnung mit mehr als 6,-- Euro bewertet oder als Zuschlag beschrieben sind, werden mit dem vollen Satz der Euro-Gebührenordnung bewertet.

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

Der mit der Nummer 88200 gekennzeichnete Leistungsbedarf, betreffend kurative Leistungen im Zusammenhang mit der Influenza A/H1N1, welcher über die Leistungen nach Ziffer 4.20 hinaus geht, wird von den Krankenkassen als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes außerhalb der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

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

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

Die Kennzeichnung wird innerhalb der sachlich rechnerischen Prüfung von der KVH unter Beachtung der entsprechend gesicherten Diagnose (J09G – nach positivem PCR-Test) geprüft. Die sachlich rechnerische Prüfung erfolgt auf der Grundlage des in der Anlage 4 beigefügten Kataloges, der Leistungen enthält, die im Zusammenhang mit der Infektion mit dem A/H1N1 Virus erbracht werden.

Sollte der BA/EBA konkretisierende Regelungen zur Abrechnung des mit 88200 gekennzeichneten Leistungsbedarf beschließen, tritt die Anlage 4 ganz oder teilweise ab dem Zeitpunkt des rechtsverbindlichen Inkrafttretens der entsprechenden Regelungen außer Kraft.

9. Honorar-Rückforderungen betreffend Leistungen außerhalb von Regelleistungsvolumina aus nachträglichen sachlich-rechnerischen Berichtigungen sowie Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind von der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg an die Krankenkassen zurückzuzahlen.

10. Im übrigen gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages und seiner Anlagen.

## **Anlage 1 zur Honorarvereinbarung 2009**

### **Übersicht zur regionalen Euro-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg im Jahre 2009**

EBM Leistungslegenden + PZxPW nach Nr. 2 in Euro

Freie Leistungen

Freie Leistungen mit Zuschlägen

(Wird noch ausgeführt)

## Anlage 2 zur Honorarvereinbarung 2009

### Behandlungsbedarf der Versicherten je Krankenkasse und Gesamtvergütungen

Rechenergebnisse

Behandlungsbedarf gemäß Teil B der Beschlüsse des EBA  
ohne die Nr. 4.11., 4.12. und 4.13. dieses Vertrages

X

Punktwert

=

Euro

(Wird noch ausgeführt)

**Anlage 3**  
zur Honorarvereinbarung 2009

**Ermittlung der kassenindividuellen Quartals-MGV gemäß der Beschlüsse des EBA und honorarvertraglicher Regelung in Hamburg**

VKNR: Vertragszeitraum:  
Kasse: Ausgangszeitraum:

**1. Leistungsbedarf gemäß Satzart ARZTRG87c4 innerhalb der MGV in Punkten je Quartal (Leistungen in Euro sind mit OPW 3,5001 Cent umzurechnen)**

1.1. Leistungen ohne Leistungssegment (LSK=RA)	x
1.2. Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (LSK =N) inkl. Anpassungsfaktor 1,1018	x
1.3. Laborärztliche Grundpauschale (LSK=L) inkl. Anpassungsfaktor ab 01.04.09 0,6407	x
1.4. Versorgung chron. Schmerzkranker Patienten (LSK=A1) inkl. Anpassungsfaktor 1,3223	x
1.5. Akupunktur (LSK=A2) inkl. Anpassungsfaktor 1,1733	x
1.6. Polysomnographie (LSK=A3) inkl. Anpassungsfaktor 1,2063	x
1.7. MRT-Angiographie (LSK=A4) inkl. Anpassungsfaktor 1,1706	x
1.8. Antrags-und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (LSK=A5) inkl. Anpassungsfaktor 1,2944	x
 Summe MGV Leistungsbedarf lt. Satzart ARZTRG87c4 in Punkten	 x

**2. Bereinigung um außerhalb der MGV zu vergütende Leistungen lt. Hamburger Honorarvertrag**

2.1. Versorgung chron. Schmerzkranker Patienten (LSK=A1) inkl. Anpassungsfaktor 1,3223	x
2.2. Dialysesachkosten lt. EBM (40800-40822), die in LSK RA enthalten sind (Umrechnung Euro Beträge in Punkte mit OPW 3,5001 Cent)	x
2.3. Wegegebühren lt. EBM (GOP 40190,40192), die im LSK RA enthalten sind (Umrechnung Euro Beträge in Punkte mit OPW 3,5001 Cent)	x
 Summe zu bereinigender Leistungsbedarf lt. Honorarvertrag in Punkten	 x

<b>3. bereinigter MGV Leistungsbedarf in Punkten gesamt (1.-2.)</b>	<b>x</b>
<b>4. Anwendung HVV-Quote Hamburg 0,8975 (Ergebnis 3.*0,8975)</b>	<b>x</b>
<b>5. Anwendung EBM-Faktor 9,7% (Ergebnis 4. * 1,097)</b>	<b>x</b>
<b>6. Versichertenzahl des Ausgangszeitraumes lt. Satzart ANZVER87c4 (1/2007-4/2007)</b>	
<b>7. Leistungsbedarf je Versicherten in Punkten (Ergebnis 5./ 6.)</b>	<b>x</b>
<b>8. Anwendung Morbi-Veränderungsrate 5,1 % (Ergebnis 7.*1,051)</b>	<b>x</b>
<b>9. tatsächliche Versichertenzahl des Vertragszeitraumes (1/2009-4/2009)</b>	
<b>10. morbiditätsbedingter Leistungsbedarf in Punkten (Ergebnis 8.*9.)</b>	<b>x</b>
<b>11. Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bewertet zum Orientierungspunktwert 3,5001 Cent (Ergebnis 10. *0,035001 Cent)</b>	<b>x</b>

## Anlage 4 zur Honorarvereinbarung 2009

### **Leistungskatalog Neue Grippe**

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

#### **Hausärzte einschließlich hausärztliche Internisten:**

##### **GOP Leistung**

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

oder

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

oder

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

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

Labor:

32001 Laborbonus

#### **Kinderärzte:**

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

Oder

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

Oder

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

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

Labor:

32001 Laborbonus

## **Leistungen, die alle Fachgruppen betreffen:**

Unvorhergesehene Inanspruchnahme:

01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme 19:00 bis 22:00 Uhr  
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme 22:00 bis 07:00 Uhr  
01102 Unvorhergesehene Inanspruchnahme Samstags 07:00 bis 14:00 Uhr

Besuche (jeweils nur 1 GOP berechnungsfähig):

01410 Besuch  
01411 Dringender Besuch I  
01412 Dringender Besuch II  
01413 Besuch eines weiteren Kranken  
01415 Dringender Besuch im Wohn-/Pflegeheim

Sonstiges:

01416 Begleitung eines Kranken beim Transport  
01420 Prüfung / Koordination häusliche Krankenpflege  
01430 Verwaltungskomplex (nicht neben anderen GOP abrechnungsfähig)  
01436 Konsultationspauschale (ggf. 2 bis 3 mal)  
01600 Ärztlicher Bericht  
01601 Ärztlicher Brief (nicht in jedem Fall erforderlich)  
40100 Versandmaterial  
40120 Porto Brief (nicht für die Meldung an das Gesundheitsamt)  
40122 Porto Brief (nicht für die Meldung an das Gesundheitsamt)  
40240 Besuch durch Praxismitarbeiter  
40260 Besuch durch Praxismitarbeiter, weiterer Patient

Labor:

12220 Grundpauschale Laborärzte, sofern keine weiteren Untersuchungen Beauftragt

12225 Grundpauschale bei Probeneinsendung, sofern keine weiteren Untersuchungen beauftragt.

32035 Erythrozytenzählung (ggf. 2 mal)  
32036 Leukozytenzählung (ggf. 2 mal)  
32037 Thrombozytenzählung (ggf. 2 mal)  
32038 Hämoglobin (ggf. 2 mal)  
32039 Hämatokrit (ggf. 2 mal)  
32042 BSG

Oder

32122 Vollständiger Blutstatus (ggf. 2 mal)  
32128 CRP (ggf. 2 mal)

## **Organisierter Notfalldienst:**

01210 Notfallpauschale  
01211 Zusatzpauschale zur 01210

Oder

01216 Notfallkonsultationspauschale II  
01217 Zusatzpauschale zur 01216  
Oder

01218 Notfallkonsultationspauschale III  
01219 Zusatzpauschale zur 01218

**Teilweise könnten HNO Ärzte einbezogen werden:**

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

**Teilweise könnten Radiologen einbezogen werden:**

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

**Weitere Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung**

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

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

## **Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2009**

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

Eine Regelung über Kostenerstattungen ist bis zum 31.03.2009 für die § 13 Abs. 2 und 53 Abs. 4 SGB V zu vereinbaren

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 angekündigte Beschluss des Bewertungsausschusses zu Selektivverträgen wird umgesetzt ( Teil B, Nr. 1.4 des EBA)

Sobald zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Abstimmung über die gesamtvertraglichen Bestimmungen betreffend die Knappschaft erzielt wurde, werden die diesbezüglichen Inhalte Gegenstand einer gesonderten Protokollnotiz zu diesem Vertrag.

**Honorarvereinbarung**  
**vom 27.11.2009**  
**in der Fassung des 5. Nachtrags vom 01.11.2010**

Zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

und

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

dem **BKK - Landesverband NORDWEST,**  
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau und  
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 den Leiter in der vdek-Landesvertretung Hamburg

wird folgende

**Honorarvereinbarung 2010**

geschlossen:

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

Präambel

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

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

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

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

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

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

3.2. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung stellt eine höchstzulässige Obergrenze dar und wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4 dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht kann ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V auf der Grundlage des Beschlusses des EBA vom 02.09.09 Teil E gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V begründet werden.

3.3. Die KVH übermittelt die Berechnung der kassenspezifischen vorhersehbaren quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen gemäß Anlage 2a zu dieser Vereinbarung jeweils 9 Wochen vor Quartalsbeginn zum Zwecke der Berechnung der arzt- / praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV) an die zur Entgegennahme der kassenseitigen Abrechnung berechtigten Stellen. Mit Übermittlung der Berechnung be-

ginnt eine Ausschlussfrist von 3 Wochen, binnen derer die Krankenkassen die Berechnungen beanstanden können.

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

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

#### 3.4. Soweit

1. versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen,
2. der Vergütungsanteil für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen gemäß Ziffer 2.4. Beschluss Teil F Abschnitt I der Beschlüsse des EBA und/oder
3. die Vergütungsvolumen für Vorwegabzüge gemäß Ziffer 2.5. Beschluss Teil F Abschnitt I der Beschlüsse des EBA

tatsächlich nicht ausgeschöpft werden, werden

- Unterschreitungenbeträge nach Nr. 1 jeweils zweckgebunden den Rückstellungen gemäß Beschluss Teil G der Beschlüsse des EBA zugeführt. Diese Rückstellungen stehen für einen Ausgleich von Unterdeckungen der Rückstellungen gemäß Beschluss Teil G der Beschlüsse des EBA zur Verfügung.
- Unterschreitungenbeträge nach Nr. 2 und 3 werden Rückstellungen nach dem Verteilungsmaßstab zugeführt. Diese Rückstellungen stehen für einen Ausgleich von Unterdeckungen der jeweiligen Rückstellungen nach dem Verteilungsmaßstab zur Verfügung.

Über die Verwendung nach einem Ausgleich von Unterdeckungen der Rückstellungen gemäß Beschluss Teil G der Beschlüsse des EBA nicht verbrauchter Beträge dieser Rückstellungen entscheiden die Vertragspartner zeitnah quartalsbezogen einheitlich. Kommt binnen einer Frist von 4 Wochen nach Information der KVH an die Landesverbände der Krankenkassen und den vdek über die zur Verwendung der bei der Ermittlung der RLV eingestellten Werte gemäß Abschnitt III der Beschlüsse des EBA eine einvernehmliche Regelung über die Verwendung der vorgenannten Rückstellung nicht zu Stande, erhöhen diese Rückstellungen die nach jeweiligen Vergütungs-/bzw. Verteilungsvolumen nach Satz 1 des nächst erreichbaren Kalendervierteljahres.

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

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

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

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

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

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

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

4.3. Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

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

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

4.6. Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

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

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

4.9. Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:

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.

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

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

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

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

4.13. Dialyse Sachkostenpauschalen nach den GOP 40800 bis 40822,

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

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

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

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

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

4.19. Nukleinsäurenachweis von Influenza A/H1N1 nach der GOP 88740 sowie der Influenza Schnelltest nach der GOP 88741 jeweils vom 01.01.2010 bis 30.09.2010,

4.20. Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882.

4.21. In Umsetzung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Überbrückung des Engpasses mit Radiopharmaka werden Leistungen der PET-Untersuchungen mit 18-Fluorid ab dem 01.01.2010 bis zum Ablauf der letztmalig ausgesprochenen Verlängerung der Beschlüsse mit einem Betrag von 500 EUR (GOP 88738) vergütet.

Hiervon werden 410,64 EUR außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Im Übrigen erfolgt die Vergütung der PET-Untersuchung mit 18-Fluorid in dem Umfang, in welchem die Vergütung der durch die genannten Verfahren substituierten Knochenszintigraphien erfolgt wäre, aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

tung/den Regelleistungsvolumina der Vertragsärzte, die die PET-Untersuchung erbringen. Eine Bereinigung findet nicht statt.

Die differenzierte Ausweisung nach der vorgenannten Regelung erfolgt im Formblatt 3 in der Kontenart 400 unter Kapitel 88 in der Ebene 6. Hierbei wird der Betrag von 500 EUR (GOP 88738)

- in Höhe von 89,36 EUR mit der Kennzeichnung 88738A innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ausgewiesen und
- in Höhe von 410,64 EUR mit der Kennzeichnung 88738B außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ausgewiesen.

Weiterhin werden folgende Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung von den Kassen vergütet:

4.22. Ab dem 01.07.2010 Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger nach den GOP 01955 und 01956 des Abschnittes 1.8 im EBM,

4.23. ab dem 01.07.2010 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. ab dem 01.10.2010 Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung nach der GOP 01833 des Abschnittes 1.7.5 im EBM,

4.25. ab dem 01.10.2010 Leistungen und Kosten im Rahmen der Balneophototherapie nach der GOP 10350 des Abschnittes 10.3 des EBM.

Die Bereinigung der Gesamtvergütung erfolgt unter Zugrundelegung der Leistungsbedarfe nach den GOP 30430 und 30431 von Versicherten, für die im Aufsatzzeitraum 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.

Die Ziffer 4.25 wird zum 01.10.2010 nur gültig, wenn das Unterschriftenverfahren zur Balneophototherapie auf der Bundesebene ohne Änderungen am vorliegenden Beschlusstext bis spätestens dem 30.09.2010 abgeschlossen wird.

Der Leistungsbedarf des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 als Ausgangsbasis gem. Beschluss Teil B der Beschlüsse des EBA vom 02.09.2009 für die Ermittlung der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des entsprechenden Quartals des Jahres 2010 wird um die auf die Leistungen nach Nr. 4.11, 4.12 entfallenden Leistungsbedarfe des Jahres 2008 sowie um die nach Maßgabe der Ziffer 4.25 ermittelten Leistungsbedarfe bereinigt. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass in Euro bewertete

Kostenpauschalen in Punktzahlen umgerechnet worden sind. Das vom BA nach § 87 a Abs.5 Satz 4 SGB V festzulegende Verfahren ist für die Leistungen nach 4.11, 4.12 dieses Vertrages entsprechend anzuwenden.

## 5. Für

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

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

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

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

5.5. die Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.2 und 1.7.4 des EBM exklusive der Leistungen nach den Nrn. 4.4, 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. Wird durch das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg die aufschiebende Wirkung des Beschlussteils C angeordnet, entfaltet diese Anordnung sofortige Wirkung auf den vorliegenden Honorarvertrag.

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

Streitig sind vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg nur die Ziffern 5.1., 5.3. und 5.4. dieser Honorarvereinbarung. Mit den Zuschlägen zu den Begleitleistungen der ambulanten Operationen nach Ziffer 5.2. dieser Honorarvereinbarung wird analog den Hauptleistungen der ambulanten Operationen nach Ziffer 5.1. gemäß vorstehenden Absatzes dieser Honorarvereinbarung verfahren.

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

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

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

3,36 Euro (Abrechnungsnummer 97234);

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

6,62 Euro (Abrechnungsnummer 97235);

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

9,66 Euro (Abrechnungsnummer 97236);

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

6,62 Euro (Abrechnungsnummer 97237);

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

10,29 Euro (Abrechnungsnummer 97238);

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

13,86 Euro (Abrechnungsnummer 97239);

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

11,24 Euro (Abrechnungsnummer 97160);

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

15,54 Euro (Abrechnungsnummer 97161).

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

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

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

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

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

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

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

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

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

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

b) Leistungen der Kapitel 33 und 34 der regionalen Euro-Gebührenordnung werden mit 60 % der Sätze der Gebührenordnung bewertet; können diese Leistungen im Belegkran-

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

Der mit der Nummer 88200 gekennzeichnete Leistungsbedarf, betreffend kurative Leistungen im Zusammenhang mit der Influenza A/H1N1, welcher über die Leistungen nach Ziffer 4.19 hinaus geht, wird von den Krankenkassen für den Zeitraum vom 01.01.2010 bis 30.09.2010 als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes außerhalb der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

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

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

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

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

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

10. Die KVH kommt allen aktuell gültigen Verpflichtungen zur Datenlieferung aus den Beschlüssen des BA/EBA vollständig und fristgerecht nach. Bei nicht vollständiger oder nicht fristgerechter Datenlieferung, für die die KVH verantwortlich ist, wird jede der folgenden Abschlagszahlungen um 5% gekürzt. Der einbehaltene Betrag wird erst nach erfolgter vollständiger Datenlieferung ausgeglichen.

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

Hamburg, den 27.11.2009

## Anlage 1

zur Honorarvereinbarung 2010

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

wird noch ausgeführt

**Anlage 2a**  
zur Honorarvereinbarung 2010

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

VKNR:                      Kasse:                      Vertragszeitraum:                      Ausgangszeitraum:

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

1.1. Leistungen ohne Leistungssegment (LSK=RA)	x
1.2. Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (LSK =N) inkl. Anpassungsfaktor 1,1018	x
1.3. Laborärztliche Grundpauschale (LSK=L) inkl. Anpassungsfaktor 0,6407	x
1.4. Akupunktur (LSK=A2) inkl. Anpassungsfaktor 1,1733	x
1.5 Polysomnographie (LSK=A3) inkl. Anpassungsfaktor 1,2063	x
1.6. MRT-Angiographie (LSK=A4) inkl. Anpassungsfaktor 1,1706	x
1.7. Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (LSK=A5) inkl. Anpassungsfaktor 1,2944	x

*Summe MGV Leistungsbedarf in Punkten* x

**2. Anwendung HVV-Quote Hamburg 0,8826 (Ergebnis 1. \*0,8826)** x

**3. Multiplikation Nr. 2 mit Veränderungsrate 2008/2009 1,051 (Beschluss Teil B Ziffer 1.6 EBA 2.9.09)** x

**4. Multiplikation Nr. 3 mit Veränderungsrate 2009/2010 1,016616 (Beschluss Teil B Ziff. 2.3.3 EBA 2.9.09)** x

**5. Multiplikation Nr. 4 mit Steigerungsrate 1,003357 (Beschluss Teil B Ziff. 3.3 EBA 2.9.09)** x

**6. Versichertenzahl des Ausgangszeitraumes lt. Satzart ANZVER87c4** x

**7. Leistungsbedarf je Versicherten (Ergebnis 5./ 6.)** x

**8. aktuelle Versichertenzahl nach Ziffer 3.1 der Honorarvereinbarung Satzart ANZVER87c4** x

**9. morbiditätsbedingter Leistungsbedarf in Punkten (Ergebnis 7. \* 8.)** x

**10. vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bewertet zum OPW 3,5048 Cent (Ergebnis 9. \* 0,035048 Cent)** x

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

**Anlage 2b**  
zur Honorarvereinbarung 2010

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

VKNR:                      Kasse:                      Vertragszeitraum:                      Ausgangszeitraum:

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

1.1. Leistungen ohne Leistungssegment (LSK=RA)	x
1.2. Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (LSK =N) inkl. Anpassungsfaktor 1,1018	x
1.3. Laborärztliche Grundpauschale (LSK=L) inkl. Anpassungsfaktor 0,6407	x
1.4. Akupunktur (LSK=A2) inkl. Anpassungsfaktor 1,1733	x
1.5 Polysomnographie (LSK=A3) inkl. Anpassungsfaktor 1,2063	x
1.6. MRT-Angiographie (LSK=A4) inkl. Anpassungsfaktor 1,1706	x
1.7. Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (LSK=A5) inkl. Anpassungsfaktor 1,2944	x

*Summe MGV Leistungsbedarf in Punkten* x

**2. Anwendung HVV-Quote Hamburg 0,8826 (Ergebnis 1. \*0,8826)** x

**3. Multiplikation Nr. 2 mit Veränderungsrate 2008/2009 1,051 (Beschluss Teil B Ziffer 1.6 EBA 2.9.09)** x

**4. Multiplikation Nr. 3 mit Veränderungsrate 2009/2010 1,016616 (Beschluss Teil B Ziff. 2.3.3 EBA 2.9.09)** x

**5. Multiplikation Nr. 4 mit Steigerungsrate 1,003357 (Beschluss Teil B Ziff. 3.3 EBA 2.9.09)** x

**6. Versichertenzahl des Ausgangszeitraumes lt. Satzart ANZVER87c4** x

**7. Leistungsbedarf je Versicherten (Ergebnis 5./6.)** x

**8. tatsächliche Versichertenzahl des Vertragszeitraumes laut Satzart ANZVER87c4 (z. B. I/2010 für I/2010)** x

**9. morbiditätsbedingter Leistungsbedarf in Punkten (Ergebnis 7. \* 8.)** x

**10. morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bewertet zum OPW 3,5048 Cent (Ergebnis 9. \* 0,035048 Cent)** x

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

## Anlage 3

### zur Honorarvereinbarung 2010

#### Leistungskatalog Neue Grippe

Kurative Leistungen bei der Neuen Grippe, insbesondere bei den Fachgruppen der Haus- und Kinderärzte:

#### **Hausärzte einschließlich hausärztliche Internisten:**

##### **GOP Leistung**

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

oder

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

oder

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

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

Labor:  
32001 Laborbonus

#### **Kinderärzte:**

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

Oder

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

Oder

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

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

Labor:

32001 Laborbonus

### **Leistungen, die alle Fachgruppen betreffen:**

Unvorhergesehene Inanspruchnahme:

01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme 19:00 bis 22:00 Uhr  
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme 22:00 bis 07:00 Uhr  
01102 Unvorhergesehene Inanspruchnahme Samstags 07:00 bis  
14:00 Uhr

Besuche (jeweils nur 1 GOP berechnungsfähig):

01410 Besuch  
01411 Dringender Besuch I  
01412 Dringender Besuch II  
01413 Besuch eines weiteren Kranken  
01415 Dringender Besuch im Wohn-/Pflegeheim

Sonstiges:

01416 Begleitung eines Kranken beim Transport  
01420 Prüfung / Koordination häusliche Krankenpflege  
01430 Verwaltungskomplex (nicht neben anderen GOP abrechnungsfähig)  
01436 Konsultationspauschale (ggf. 2 bis 3 mal)  
01600 Ärztlicher Bericht  
01601 Ärztlicher Brief (nicht in jedem Fall erforderlich)  
40100 Versandmaterial  
40120 Porto Brief (nicht für die Meldung an das Gesundheitsamt)  
40122 Porto Brief (nicht für die Meldung an das Gesundheitsamt)  
40240 Besuch durch Praxismitarbeiter  
40260 Besuch durch Praxismitarbeiter, weiterer Patient

Labor:

12220 Grundpauschale Laborärzte, sofern keine weiteren Untersuchungen  
Beauftragt

12225 Grundpauschale bei Probeneinsendung, sofern keine weiteren  
Untersuchungen beauftragt.

32035 Erythrozytenzählung (ggf. 2 mal)  
32036 Leukozytenzählung (ggf. 2 mal)  
32037 Thrombozytenzählung (ggf. 2 mal)  
32038 Hämoglobin (ggf. 2 mal)  
32039 Hämatokrit (ggf. 2 mal)  
32042 BSG

Oder

32122 Vollständiger Blutstatus (ggf. 2 mal)  
32128 CRP (ggf. 2 mal)

### **Organisierter Notfalldienst:**

01210 Notfallpauschale  
01211 Zusatzpauschale zur 01210

Oder

01216 Notfallkonsultationspauschale II

01217 Zusatzpauschale zur 01216

Oder

01218 Notfallkonsultationspauschale III

01219 Zusatzpauschale zur 01218

**Teilweise könnten HNO Ärzte einbezogen werden:**

09210 Grundpauschale bis zum 5. Lj.

09211 Grundpauschale 6. bis 59. Lj.

09212 Grundpauschale ab 60. Lj.

09311 Lupenlaryngoskopie (in Einzelfällen)

02100 Infusion bei Kreislaufversagen

**Teilweise könnten Radiologen einbezogen werden:**

24210 Konsiliarpauschale bis zum 5. Lj.

24211 Konsiliarpauschale 6. bis 59. Lj.

24212 Konsiliarpauschale ab 60. Lj.

34220 Thorax-Röntgen

**Weitere Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung**

88740 PCR

88741 Influenza-Schnelltest

40870 Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen

40872 Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen, weiterer Patient

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

## **Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2010**

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

Eine Regelung über Kostenerstattungen ist bis zum 31.03.2010 für die § 13 Abs. 2 und 53 Abs. 4 SGB V zu vereinbaren.

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.

Sobald zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Abstimmung über die gesamtvertraglichen Bestimmungen betreffend die Knappschaft erzielt wurde, werden die diesbezüglichen Inhalte Gegenstand einer gesonderten Protokollnotiz zu diesem Vertrag.

Die Vertragspartner sind darüber einig, dass die Pauschalen für das Sozialpädiatrische Zentrum Dr. Flehmig, die von der KVH im Auftrag der Krankenkassen abgerechnet werden, durchlaufende Posten im Sinne von Ziffer 3.8. sind.

**Honorarvereinbarung 2011**  
**vom 20.12.2010**  
**in der Fassung des 2. Nachtrags vom 15.03.2011**

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 den Leiter in der vdek-Landesvertretung Hamburg

wird folgende

**Honorarvereinbarung 2011**

geschlossen:

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

#### Präambel

Diese Vereinbarung basiert auf dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) gemäß § 87 Abs. 4 SGB V zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung vom 5./11. Oktober 2010 sowie dem Beschluss vom 24.11.2010. Sie berücksichtigt insbesondere die im GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) vorgegebenen Ausgabenbegrenzungsregelungen für das Jahr 2011. Die strukturellen Veränderungen der Vergütungen für ärztliche Leistungen als Ausnahmeregelungen sind allein durch die Vorgabe des GKV-FinG bedingt.

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

2. Der Punktwert zur Berechnung der regionalen Euro-Gebührenordnung (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) im Jahre 2011 beträgt 3,5048 Cent. Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung vom 2. September 2009, Teil D ist für das Jahr 2011 ausgesetzt. Die Punktwerte für Über- und Unterversorgung kommen nicht zur Anwendung.

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

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

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

3.2. Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung stellt eine höchstzulässige Obergrenze dar und wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche

Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4 dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V ist für das Jahr 2011 gemäß § 87 d Abs. 2 Satz SGB V in der Fassung des GKV-FinG ausgeschlossen.

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

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

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

3.4. Aufgrund der beabsichtigten 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

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“

dieser Honorarvereinbarung werden für das Jahr 2011 Ausgabenobergrenzen vereinbart.

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 Krankenkassen zahlen die so für das Jahr 2011 ermittelten maximalen Ausgabenvolumina quartalsweise an die KV Hamburg. Diese Ausgabenvolumina werden für die oben genannten Leistungsbereiche kassenübergreifend zusammengefasst und stehen für die Vergütung der jeweiligen Leistungen zur Verfügung. Die Vergütung der Leistungen erfolgt hierbei nach den Regelungen in Ziffer 1, 2, 4 und 5 dieser Vereinbarung. Wird die jeweilige kassenübergreifend zusammengefasste Ausgabenobergrenze in einem Quartal überschritten, werden die Leistungen zu quotierten Preisen vergütet. Eine Nachschusspflicht der Krankenkassen ist ausgeschlossen.

Werden die kassenübergreifend zusammengefassten Ausgabenobergrenzen für die oben genannten Leistungsbereiche nicht ausgeschöpft, werden die verbleibenden Beträge einer gesonderten Rückstellung zugeführt und stehen zum Ausgleich von Unterdeckungen in den vorgenannten Ausgabenvolumina für die jeweiligen Leistungsbereiche zur Verfügung. Soweit hiernach Beträge verbleiben, werden sie den Ausgabenvolumina des nächsten Quartals des Jahres 2011 hinzugerechnet. Am Ende des Jahres 2011 noch verbleibende Beträge sind an die Krankenkassen zurückzuführen. Die Krankenkassen/-verbände teilen der KV Hamburg den Verteilungsmodus mit.

Für die Ermittlung der jeweiligen Ausgabenobergrenzen gilt Ziffer 3.3 dieser Honorarvereinbarung entsprechend.

3.5. unbesetzt

3.6. Die KVH bildet ausreichend Rückstellungen und Vorwegabzüge gemäß der Vorgaben der Beschlüsse des EBA vom 2.9.2009 (Teil G) in Verbindung mit den diesbezüglichen Folgebeschlüssen. Überdeckungen oder noch nicht durch Ziffer 3.3 ausgeglichene Unter-

deckungen bei den gebildeten Rückstellungen bzw. Vorwegabzügen werden über die Berechnung der RLV für das nächst erreichbare Quartal ausgeglichen.

3.7. 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.

3.8. Der Beschluss des BA/EBA in der 235. Sitzung vom 24. September 2010 sowie in der 238. Sitzung vom 19. Oktober 2010, der 242. Sitzung vom 24. November 2010 und der 246. Sitzung (Schriftliche Beschlussfassung) zu Selektivverträgen wird umgesetzt. Eine ggf. notwendige Verfahrensregelung wird zeitnah nach Inkrafttreten des Beschlusses zwischen den Vertragsparteien getroffen.

3.9. 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, den Regelungen dieser Honorarvereinbarung in Ziffer 3.4. und gesonderten vertraglichen Regelungen sowie durchlaufende Posten ein. Bei der Rechnungslegung für Leistungen nach Ziffer 3.4. ist zu berücksichtigen, dass die jeweiligen Ausgabenvolumina kassenübergreifend gebildet werden. Über das Verfahren und die Darstellung im Formblatt 3 verständigen sich die Vertragspartner bis 01.03.2011.

Die KV Hamburg stellt bei der für das Jahr 2011 vorzunehmenden Endabrechnung der Leistungen nach Ziffer 3.4 sicher, dass insoweit eine für die jeweilige Krankenkasse nachvollziehbare Darstellung der Ausschöpfung der Ausgabenvolumina erfolgt. Hierbei sind die datenschutzrechtlichen Belange der jeweils anderen Krankenkassen zwingend zu beachten.

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

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

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

4.3. Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

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

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

4.6. Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

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

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

#### 4.9. Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:

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.

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

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

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

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

#### 4.13. Dialyse Sachkostenpauschalen nach den GOP 40800 bis 40822,

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

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

#### 4.16. Kostenpauschalen nach den GOP 40860 und 40862 bis zum 31.03.2011 und ab dem 01.04.2011 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. In Umsetzung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Überbrückung des Engpasses mit Radiopharmaka werden Leistungen der PET-Untersuchungen mit 18-

Fluorid bis zum Ablauf der letztmalig ausgesprochenen Verlängerung der Beschlüsse mit einem Betrag von 500 EUR (GOP 88738) vergütet.

Hiervon werden 410,64 EUR außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Im Übrigen erfolgt die Vergütung der PET-Untersuchung mit 18-Fluorid in dem Umfang, in welchem die Vergütung der durch die genannten Verfahren substituierten Knochenszintigraphien erfolgt wäre, aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung/den Regelleistungsvolumina der Vertragsärzte, die die PET-Untersuchung erbringen. Eine Bereinigung findet nicht statt.

Die differenzierte Ausweisung nach der vorgenannten Regelung erfolgt im Formblatt 3 in der Kontenart 400 unter Kapitel 88 in der Ebene 6. Hierbei wird der Betrag von 500 EUR (GOP 88738)

- in Höhe von 89,36 EUR mit der Kennzeichnung 88738A innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ausgewiesen und
- in Höhe von 410,64 EUR mit der Kennzeichnung 88738B außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ausgewiesen

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.

Der Leistungsbedarf des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 als Ausgangsbasis gem. Beschluss Teil B der Beschlüsse des EBA vom 02.09.2009 sowie den Beschlüssen des EBA vom 5./11. Oktobers 2010 sowie dem Beschluss vom 24.11.2010 für die Ermittlung der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des entsprechenden Quartals des Jahres 2011 wird um die auf die Leistungen nach Nr. 4.11, 4.12 entfallenden Leistungsbedarfe des Jahres 2008 bereinigt.

Ebenso erfolgt eine Bereinigung um die auf die Nr. 4.25 entfallenen Leistungsbedarfe. 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.

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

Ergibt sich aus dem rechtskräftigen Urteil der beim Landesozialgericht 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.

Sollte die Klage des GKV-Spitzenverbandes vor dem Landesozialgericht Berlin-Brandenburg erfolgreich sein, so ist das rechtskräftige Urteil umzusetzen. Sollte es zu keinem rechtskräftigen Urteil kommen, da der Klageweg weiter beschritten wird, wird die Zahlung der Zuschläge ausgesetzt, wenn im weiteren Verfahren die Kassenseite vertreten durch den GKV-Spitzenverband einstweiligen Rechtsschutz vor dem dann zuständigen Gericht erwirkt.

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 bereitchaftsdienst-habende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Beleg-abteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.

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

Der Belegarzt hat – gegebenenfalls durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers – gegenüber der KVH nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschafts-dienst 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 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 Bereit-schaftsdienstes vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr.7.7. dieser Anlage, ohne dass es einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf.

8. unbesetzt

9. Honorar-Rückforderungen betreffend Leistungen außerhalb der MGV aus nachträgli-chen sachlich-rechnerischen Berichtigungen sowie Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind von der KVH an die Krankenkassen zurückzuzahlen. Für Leistungen nach der Ziffer 3.4. die-ser Honorarvereinbarung gilt dies mit der Maßgabe, dass die Ausgabenobergrenzen unter Berücksichtigung der sachlich-rechnerischen Berichtigungen sowie Wirtschaftlichkeitsprü-fungen unterschritten werden. Die KV Hamburg teilt den Vertragspartnern die sich aus entsprechenden rechtskräftig abgeschlossenen Verfahren ergebende Beträge mit.

10. Die KVH kommt allen aktuell gültigen Verpflichtungen zur Datenlieferung aus den Beschlüssen des BA/EBA vollständig und fristgerecht nach. Die KV Hamburg stellt die Daten via sFTP-Server den datenannahmeberechtigten Stellen zur Verfügung. Bei nicht vollständiger oder nicht fristgerechter Datenlieferung, für die die KVH verantwortlich ist, wird jede der folgenden Abschlagszahlungen um 5% gekürzt. Der einbehaltene Betrag wird erst nach erfolgter vollständiger Datenlieferung ausgeglichen.

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

Hamburg, den 20.12.2010

## **Anlage 1**

**zur Honorarvereinbarung 2011**

### **Übersicht zur regionalen Euro-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg im Jahre 2011**

wird noch ausgeführt

## Anlage 2a zur Honorarvereinbarung 2011

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsweisen **vorhersehbaren** MGV gemäß Beschluss des EBA vom 02.09.09 sowie der Beschlüsse des EBA vom 5./11. Oktober / 24. November 2010 und honorarvertraglicher Regelung 2011 in Hamburg:

VKNR:                      Kasse:                      Vertragszeitraum:                      Ausgangszeitraum:

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

1.1. Leistungen ohne Leistungssegment (LSK=RA)	x
1.2. Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (LSK =N) inkl. Anpassungsfaktor 1,1018	x
1.3. Laborärztliche Grundpauschale (LSK=L) inkl. Anpassungsfaktor 0,6407	x
1.4. Akupunktur (LSK=A2) inkl. Anpassungsfaktor 1,1733	x
1.5. Polysomnographie (LSK=A3) inkl. Anpassungsfaktor 1,2063	x
1.6. MRT-Angiographie (LSK=A4) inkl. Anpassungsfaktor 1,1706	x
1.7. Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (LSK=A5) inkl. Anpassungsfaktor 1,2944	x
1.8. Balneophototherapie gemäß Bereinigung für Ziffer 4.25	x
<i>Summe MGV Leistungsbedarf in Punkten</i>	x

**2. Anwendung HVV-Quote Hamburg 0,8826 (Ergebnis 1. \*0,8826)**                      x

**3. Multiplikation Nr. 2 mit Veränderungsrate 2008/2009 1,051  
(Beschluss Teil B Ziffer 1.6 EBA 2.9.09)**                      x

**4. Multiplikation Nr. 3 mit Veränderungsrate 2009/2010 1,016616  
(Beschluss Teil B Ziff. 2.3.3 EBA 2.9.09)**                      x

**5. Multiplikation Nr. 4 mit Steigerungsrate 1,003357  
(Beschluss Teil B Ziff. 3.3 EBA 2.9.09)**                      x

**5.1 Multiplikation Nr. 5 mit der Steigerungsrate 1,0125**                      x

**6. Versicherungszahl des Ausgangszeitraumes lt. Satzart ANZVER87c4**                      x

**7. Leistungsbedarf je Versicherten (Ergebnis 5./ 6.)**                      x

**8. aktuelle Versicherungszahl nach Ziffer 3.1 der Honorarvereinbarung  
Satzart ANZVER87c4**                      x

**9. morbiditätsbedingter Leistungsbedarf in Punkten (Ergebnis 7. \* 8.)**                      x

**10. vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bewertet  
zum OPW 3,5048 Cent (Ergebnis 9. \* 0,035048 EUR)**                      x

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

## Anlage 2b zur Honorarvereinbarung 2011

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsweisen MGV gemäß Beschluss des EBA vom 02.09.09 sowie der Beschlüsse des EBA vom 5./11. Oktober / 24. November 2010 und honorarvertraglicher Regelung 2010 in Hamburg:

VKNR:                      Kasse:                                      Vertragszeitraum:                                      Ausgangszeitraum:

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

1.1. Leistungen ohne Leistungssegment (LSK=RA)	x
1.2. Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (LSK =N) inkl. Anpassungsfaktor 1,1018	x
1.3. Laborärztliche Grundpauschale (LSK=L) inkl. Anpassungsfaktor 0,6407	x
1.4. Akupunktur (LSK=A2) inkl. Anpassungsfaktor 1,1733	x
1.5 Polysomnographie (LSK=A3) inkl. Anpassungsfaktor 1,2063	x
1.6. MRT-Angiographie (LSK=A4) inkl. Anpassungsfaktor 1,1706	x
1.7. Antrags-und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (LSK=A5) inkl. Anpassungsfaktor 1,2944	x
1.8. Balneophototherapie gemäß Bereinigung für Ziffer 4.25	x
<i>Summe MGV Leistungsbedarf in Punkten</i>	x

**2. Anwendung HVV-Quote Hamburg 0,8826 (Ergebnis 1. \*0,8826)** x

**3. Multiplikation Nr. 2 mit Veränderungsrate 2008/2009 1,051 (Beschluss Teil B Ziffer 1.6 EBA 2.9.09)** x

**4. Multiplikation Nr. 3 mit Veränderungsrate 2009/2010 1,016616 (Beschluss Teil B Ziff. 2.3.3 EBA 2.9.09)** x

**5. Multiplikation Nr. 4 mit Steigerungsrate 1,003357 (Beschluss Teil B Ziff. 3.3 EBA 2.9.09)** x

**5.1 Multiplikation Nr. 5 mit der Steigerungsrate 1,0125** x

**6. Versichertenzahl des Ausgangszeitraumes lt. Satzart ANZVER87c4** x

**7. Leistungsbedarf je Versicherten (Ergebnis 5./6.)** x

**8. tatsächliche Versichertenzahl des Vertragszeitraumes laut Satzart ANZVER87c4 (z. B. I/2011 für I/2011)** x

**9. morbiditätsbedingter Leistungsbedarf in Punkten (Ergebnis 7. \* 8.)** x

**10. morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bewertet zum OPW 3,5048 Cent (Ergebnis 9. \* 0,035048 EUR)** x

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

## **Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2011**

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

Eine Regelung über Kostenerstattungen ist noch für die § 13 Abs. 2 und § 53 Abs. 4 SGB V zu vereinbaren.

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.

Sofern Regelungen der vorstehenden Honorarvereinbarung mit den zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Knappschaft bestehenden gesamtvertraglichen Bestimmungen kollidieren, haben die letztgenannten Bestimmungen Vorrang.

Die Vertragspartner sind darüber einig, dass die Pauschalen für das Sozialpädiatrische Zentrum Dr. Flehmig, die von der KVH im Auftrag der Krankenkassen abgerechnet werden, durchlaufende Posten im Sinne von Ziffer 3.9. sind.

Die Vertragspartner streben eine erhöhte Transparenz bezüglich der Aufbringung und Verwendung der Mittel für die Honorierung ärztlicher Leistungen an (ggf. durch gegenseitige Konsultation und/oder Austausch von Informationen). Die Vertragspartner halten quartalsweise Treffen für geeignet, eine erhöhte Transparenz zu erreichen. Ein weiterer Termin findet bis zum 31.01.2011 statt.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass für das I. Quartal 2011 das Abstimmungsverfahren gemäß Ziffer 3.3. und 3.4. auch dann vorzunehmen ist, wenn die maßgeblichen Fristen nicht eingehalten werden können.

Die Vertragspartner werden bis zum 01.03.2011 Regelungen darüber treffen, wie Bereinigungsvolumina aufgrund der hierzu getroffenen Vereinbarungen bei Beitritt von Versicherten zu Selektivverträgen bei der Bemessung der von den Krankenkassen an die KV Hamburg zu leistenden monatlichen Abschlagszahlungen zu berücksichtigen sind.

**Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes** vom

20.12.2010 in der Fassung des 1. Nachtrages vom 28.09.2011

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 den Leiter in der vdek-Landesvertretung Hamburg

wird die nachfolgende

**Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes** vom

20.12.2010 in der Fassung des 1. Nachtrages vom 28.09.2011

bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V  
im Falle KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme mit Wirkung  
ab dem I. Quartal 2011 bis IV. Quartal 2012 geschlossen.

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

## **Präambel**

Die Vertragspartner schließen mit Wirkung für die von rubrizierenden Vertragspartnern vertretenen Krankenkassen für den Zeitraum vom 01.01.2011 bis 31.12.2012 die nachfolgende Vereinbarung zur Umsetzung der Beschlüsse des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c und 140aff SGB V im Versorgungsbereich bei KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme.

## **§ 1 Grundlagen**

(1) Bereinigungen nach dieser Vereinbarung erfolgen auf der Grundlage

- des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 238. Sitzung am 19. Oktober 2010 – Bereinigungsbeschluss 2011 - 2012 (im Folgenden 238. Beschluss),
- des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 242. Sitzung am 24. November 2010 – Ergänzungsbeschluss 2011 - 2012 (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 2011 - 2012 (im Folgenden 246. Beschluss)

mit Wirkung ab dem I. Quartal 2011 bis einschließlich des IV. Quartal 2012.

(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. Im Übrigen gilt § 7.

## **§ 2 Bereinigungszeitraum Inkrafttreten**

(1) Eine Bereinigung des Behandlungsbedarfes (MGV-Bereinigung) für Quartale, die vor dem I. Quartal 2011 liegen, findet nicht statt.

(2) Diese Vereinbarung tritt am 01. Januar 2011 in Kraft und endet, ohne dass es hierfür einer Kündigung bedarf, am 31.12.2012.

## **§ 3 Voraussetzungen für eine Bereinigung**

Voraussetzung für eine Bereinigung des Behandlungsbedarfs ist, dass eine wirksame Vereinbarung über die Bereinigung der Regelleistungsvolumen (RLV) für das Quartal, in dem die Bereinigung stattfinden soll, vorliegt.

## **§ 4 Inanspruchnahme des Kollektivsystems**

(1) Erfolgt durch in Selektivverträgen eingeschriebene Versicherte eine Inanspruchnahme von selektivvertraglich vereinbarten Leistungen, für die eine Bereinigung erfolgt ist, im Kollektivvertrag, vergütet die Krankenkasse die erbrachten Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der MGV.

(2) Für die Vergütungen der im Rahmen einer nicht vertragsgemäßen Inanspruchnahme gemäß des 238. Beschlusses Abschnitt II, Nr. 1.5, Ziffer 4. erbrachten Leistungen werden Abschlagszahlungen vereinbart. Die Ermittlung der Abschlagszahlungen erfolgt dabei in entsprechender Anwendung der jeweils geltenden Gesamtverträge.

## **§ 5 Inhalt und Umfang der Bereinigung**

(1) Die Bereinigung des Behandlungsbedarfes findet für Versicherte statt, die nach dem Wohnortprinzip dem Bezirk der KV Hamburg zugeordnet sind (Wohnort-KV).

(2) Wenn Versicherte einer Krankenkasse nach dem Wohnortprinzip dem Bezirk der KV Hamburg zugeordnet sind (Wohnort-KV) und am Selektivvertrag im Bezirk einer anderen KV (Vertrags-KV) teilnehmen, wird die Bereinigung in der Wohnort-KV vorgenommen (KV-übergreifende Bereinigung). Hierzu ist der 238. Beschluss Abschnitt II Ziffer 1.3 verbindlich anzuwenden. Der durchschnittliche Leistungsbedarf der Vertrags-KV wird nicht zugrunde gelegt. Es werden keine pauschalen Bereinigungsbeträge vereinbart.

(3) Die Summe der gemäß der Beschlüsse ermittelten jahresbezogenen Leistungsbedarfe der an einem Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten wird entsprechend der jeweils geltenden Honorarvereinbarung auf die Quartale aufgeteilt.

(4) Sofern die Bereinigung Selektivverträge mit situativer Einschreibung/Teilnahme betrifft, wird die Bereinigung nach Feststellung des für den Selektivvertrag maßgeblichen Bereinigungsbetrages je Versicherten anhand der von der Krankenkasse gemeldeten Zahl der tatsächlichen Inanspruchnehmer des Selektivvertrages vorgenommen.

(5) Die Regelungen dieser Vereinbarung finden auf Basis des entsprechenden Leistungsbedarfs von an Selektivverträgen teilnehmenden Versicherten auch Anwendung auf Leistungen außerhalb der MGV soweit diese nach Maßgabe der Honorarvereinbarung mengenbegrenzenden Maßnahmen unterliegen.

## **§ 6 Datenlieferung**

(1) Hinsichtlich der Datenlieferungen für Bereinigungen im 1. Quartal 2011 finden die 218. Beschlüsse Anwendung. Sofern nach den für die Datenlieferung für das I. Quartal 2011 geltenden Beschlüssen Datenlieferungen erfolgt sind, wird die Bereinigung abweichend von den übrigen Bestimmungen dieses Vertrages aufgrund dieser Daten vorgenommen. Ab dem II. Quartal 2011 ist der 246. Beschluss anzuwenden.

(2) Erfolgt keine fristgerechte Lieferung der Daten an die KV Hamburg entsprechend der Beschlüsse und Absatz 1, findet eine Bereinigung für das betreffende Quartal nicht statt.

## **§ 7 Fortentwicklung des Vertrages**

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

Hamburg, den 28.09.2011

**Protokollnotiz**  
**zur**  
**Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes**

bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen

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

Die Vertragspartner werden bis zum 01.03.2011 eine einvernehmliche Regelung darüber treffen, ob und inwieweit zusätzliche Daten nach den hierfür geltenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses (zuletzt 246. Sitzung) übermittelt werden.

## **Protokollnotiz**

Die Vertragspartner haben den RLV-Bereinigungsvertrag als Anlage zum Verteilungsmaßstab vereinbart. Für den Fall, dass der Verteilungsmaßstab nicht mehr gemeinsam und einheitlich vereinbart werden muss, findet § 3 keine Anwendung mehr.