

Zwischen

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

und

der **AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse,**
dem **BKK-Landesverband**
NORDWEST,

der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)**
als **Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),**
der **IKK classic,**
der **KNAPPSCHAFT,**
den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Hamburg**

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird die folgende

Honorarvereinbarung 2022

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitlich vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2022“ Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt. Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde).

Präambel

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

1. Regionale Gebührenordnung

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

2. Regionaler Punktwert

Der Punktwert zur Berechnung der regionalen EUR-Gebührenordnung beträgt 11,4494 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 1,626 Prozent (0,1832 Cent) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 11,2662 Cent als Orientierungswert.

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

3. Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des nach Maßgabe der nachstehenden Ziffern 3.1 bis 3.11 sowie den Vorgaben und Empfehlungen des 383. BA in seiner Sitzung am 21.09.2016 zuletzt geändert mit Beschluss des BA in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und etwaigen Folgebeschlüssen des BA bzw. EBA (im Folgenden „Aufsatzwertebeschluss“) ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals und dem Punktwert nach Ziffer 2. Die Berechnung erfolgt für jedes Quartal des Jahres 2022 getrennt.

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

3.2 NN

3.3

3.3.1 Zur Berücksichtigung der im Vergleich mit den Vorjahresquartalen geänderten Abgrenzung morbiditätsbedingter von extrabudgetärer Gesamtvergütung ist der Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.2 gemäß den Vorgaben des Aufsatzwertbeschlusses, Ziffer 2.2.1.2 i. V. m. dem 567. BA (Sitzung vom 04.08.2021) („Abgrenzungsbeschluss“) anzupassen.

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

1. Mit Wirkung ab 01.01.2022 bis 30.06.2023 (Quartale 1/2022 bis 2/2023) wird der Behandlungsbedarf im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste aufgrund der Übermittlung elektronischer Briefe gemäß des 480. BA (schriftliche Beschlussfassung) angepasst. Für das 1. und 2. Quartal 2022 werden jeweils 540.000 Punkte und für das 3. und 4. Quartal 2022 werden jeweils 44.000 Punkte basiswirksam abgezogen.
2. Mit Wirkung ab dem 01.01.2022 bis 30.06.2022 (Quartale 1/2022 bis 2/2022) werden in Umsetzung des 54. EBA (Sitzung am 14.03.2018) die Leistungen nach den GOP 32459, 32774 und 32775 („Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt. Hierbei wird das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Aufsatzwertbeschlusses angewendet, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten in Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt werden.
3. Mit Wirkung ab dem 01.01.2022 bis 31.03.2022 (Quartal 1/2022) werden in Umsetzung des 433. BA (22.01.2019) die Leistungen nach den GOP 32480 und 32557 („Labor zu Wirkstoffen Velmanase alfa und Daratumumab“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt. Hierbei wird das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Aufsatzwertbeschlusses angewendet, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten in Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt werden.

4. Mit Wirkung ab 01.01.2022 bis 30.06.2022 (Quartale 1/2022 bis 2/2022) wird der Behandlungsbedarf in Umsetzung des 54. EBA (Sitzung am 14. März 2018) in Verbindung mit dem 563. BA (schriftliche Beschlussfassung) zum „Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“ in jedem Quartal basiswirksam um einen Betrag in H. v. 594.955 Punkten abgesenkt.
5. Mit Wirkung ab dem 01.01.2022 bis 31.12.2022 (Quartale 1/2022 bis 4/2022) werden in Umsetzung des 441. BA Teil B (14.08.2019) geändert durch den 570. BA (Sitzung vom 15.09.2021) die Leistungen nach den GOP 32362 und 32363 („Präeklampsie“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt. Hierbei wird das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Aufsatzwertebeschlusses angewendet, wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten in Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt werden.
6. Mit Wirkung ab dem 01.01.2022 bis 31.12.2022 (Quartale 1/2022 bis 4/2022) werden in Umsetzung des 430. BA (12.12.2018) die Leistungen nach der GOP 01645 sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikationen Mandeloperationen und Gebärmutterentfernungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt. Hierbei wird das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Aufsatzwertebeschlusses angewendet, wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten in Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt werden.

3.3.2 Die Vertragspartner treffen in Bezug auf die vereinbarte Förderung der Kinderärzte mit Wirkung ab dem 01.01.2022 nachfolgenden Regelungen. Ziel ist es die ab dem 2. Quartal 2020 vollständig erfolgte Überführung der von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten MGV-Anteile mit Wirkung ab dem 01.01.2022 analog zur Zuführung für 4 Quartale kassenspezifisch basiswirksam zu bereinigen.

Der ermittelte Bereinigungsbetrag beträgt für 2022 insgesamt 453.742,67 EUR und verteilt sich auf die 4 Quartale anhand der nachfolgenden Tabelle.

Berechnung Bereinigungs- betrag	1/2022	2/2022	3/2022	4/2022
in €	110.535,49	108.332,99	109.061,86	110.435,66
in Pkt.	991.981,3	972.215,4	993.158,8	1.005.670,1
Pkt.*PW 2022	113.575,91	111.312,83	113.710,72	115.143,20

Zur kassenspezifischen Aufteilung werden die quartalsbezogenen Bereinigungsbeträge in Punkten vom dem nach Ziffer 3.3.1 festgestellten, bereinigten Behandlungsbedarf abgezogen und über die kassenspezifische Anteilsbildung gem. Ziffer 2.2.2 Aufsatzwertebeschluss zugleich Ziffer 3.6.1 dieser Vereinbarung bei der MGVBerechnung kassenspezifisch basiswirksam berücksichtigt.

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

3.5

3.5.1 Sofern Kassen gemäß Nr. 4.7 des 489. BA, zuletzt geändert durch 532. BA (schriftliche Beschlussfassung [„Bereinigungsbeschluss“]) auf eine Bereinigung verzichten, wird der gemäß Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung festgestellte Behandlungsbedarf gemäß Nr. 4.7 Ziffer 7 des vorgenannten Beschlusses um die Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina aller betroffenen Kassen vermindert.

3.5.2 Zu dem nach 3.5.1 festgestellten Behandlungsbedarf wird in Umsetzung des 439. BA (Sitzung am 19.06.2019) und des 441. BA (Sitzung am 14.08.2019) sowie gemäß des 451. BA (Sitzung am 17.09.2019) im Jahr 2022 in jedem Quartal (Quartale 1/2022 bis 4/2022) der durch den Bewertungsausschuss bis spätestens zum 31. August des Vorjahres beschlossene prozentuale Ausgleichsbetrag des Kassenwechslereffekts unter Beachtung des Vorzeichens (positiv oder negativ) hinzuaddiert.

Der für jedes Quartal des Jahres 2022 anzuwendende prozentuale Ausgleichsbetrag beträgt +0,0567 Prozent (571. BA schriftliche Beschlussfassung).

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

NN

3.6.1 Der gemäß Ziffer 3.1 festgestellte und gemäß Ziffer 3.2 bis 3.5 angepasste Behandlungsbedarf wird gemäß Ziffer 2.2.2 des Aufsatzwertebeschlusses unter Berücksichtigung der Prüfergebnisse nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a. F. (Altfälle) auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt. Dabei wird sichergestellt, dass die dort in Bezug genommenen ARZTRG87aKA-Satzarten des Vorjahresquartals entsprechend der geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Abrechnungsquartal angepasst werden. Dabei wird ferner sichergestellt, dass die Berücksichtigung der sich aus kassenseitigen Prüfanträgen ergebenden Korrekturen die insgesamt über alle Kassen zu zahlende MGV nicht verändert.

3.6.2 Der gemäß Ziffer 3.6.1 aufgeteilte Behandlungsbedarf wird für jede betroffene Krankenkasse gemäß Nr. 4.7 Ziffer 7 des Bereinigungsbeschlusses um die ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina der jeweiligen Kasse erhöht. Die Summe der Erhöhung darf maximal dem Abzug in Ziffer 3.5.1 entsprechen.

3.7

3.7.1 Der so auf die Kassen aufgeteilte Behandlungsbedarf ist anschließend gemäß Ziffer 2.2.3 des Aufsatzwertebeschlusses zur Berücksichtigung der Änderungen in der Versicherungszahl anzupassen.

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

3.7.1.1 Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der Beschluss zur Umsetzung der gesetzlichen Regelungen betreffend die Nachbereinigung der MGV aufgrund der EGV-Stellung der TSVG gem. § 87a Abs. 3 Satz 8ff. SGB V zum Zeitpunkt der Unterschrift noch nicht amtlich veröffentlicht worden ist. Demzufolge werden die Vertragspartner zeitnah nach Vorliegen der Voraussetzungen im Wege eines Nachtrages zu diesem Vertrag die Umsetzung vornehmen.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der kassenspezifische Behandlungsbedarf gemäß Ziffer 3.7.1 gemäß des zur Bereinigung (TSVG-Konstellationen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V) getroffenen 439. BA - Beschlussteil C - vom 19.06.2019 zuletzt geändert durch den 444. BA (schriftliche Beschlussfassung), den 452. BA (schriftliche Beschlussfassung) und den 559. BA (schriftliche Beschlussfassung) sowie etwaige in Bezug auf die Bereinigung ergehende

Folgebeschlüsse nach den dort getroffenen Regelungen in Nr. 1 bis 6 bis einschließlich 31.12.2020 zu bereinigen war und damit mit Ausnahme der nachfolgenden Regelungen zur Korrektur nicht Gegenstand dieser Honorarvereinbarung 2022 ist.

Der Abzug der ermittelten Bereinigungsmenge erfolgte im maßgeblichen Bereinigungszeitraum für die TSVG-Konstellationen:

- „Hausarzt-Vermittlungsfall“ beim Facharzt,
- „TSS- Terminfall“,
- „Neupatient“ und
- „Offene Sprechstunde“ sowie
- für die TSVG Konstellation „TSS-Akutfall“.

Zur Berücksichtigung der sich aus Prüfergebnissen nach § 106d SGB V und Entscheidungen der Prüfungsstelle / des Beschwerdeausschusses (§ 106 SGB V) ergebenden Korrekturen bzgl. bereinigter extrabudgetär vergüteter Leistungen der TSVG-Konstellationen vereinbaren die Vertragspartner das nachfolgende Verfahren einer Korrektur:

1. Das aufgrund rechts- und bzw. oder bestandskräftiger Entscheidungen kassenspezifisch festgestellte Punktzahlvolumen wird im nächsterreichbaren der Leistungserbringung entsprechenden Quartal vor Anwendung der Ziffer 3.8 dieser Honorarvereinbarung dem kassenspezifisch ermittelten Aufsatzwert zugesetzt.
2. Hierbei ist die vorgenannte Punktzahlmenge mit der bei der Bereinigung angewandten arztgruppenspezifischen Auszahlungsquote zu multiplizieren.
3. Ferner sind die jeweiligen für die entsprechenden Quartale vom Zeitpunkt der Bereinigung bis zur Korrektur erfolgten
 - a) Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V - unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen - sowie
 - b) die basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des BA bzw. EBA zu berücksichtigen.

3.7.1.2 Die Vergütung der Leistungen des Kapitels 25 (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) („Strahlentherapie“) des EBM erfolgt vom 1. Januar 2022 bis zum 31. Dezember 2022 in Umsetzung des hierzu gefassten 513. BA (Sitzung am 15.09.2020) innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

a) Am Ende der Feststellung des kassenspezifischen Aufsatzwerts des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal gemäß Nummer 2.2.3 des

Aufsatzwertebeschlusses werden diese in den jeweiligen KV-Bezirken für die Abrechnungsquartale 1/2022 bis 4/2022 basiswirksam jeweils um den auf die jeweilige Krankenkasse gemäß dem nachfolgenden Absatz c) entfallenden Anteil der folgenden Punktzahl nach Absatz b) erhöht:

b) Die Punktzahlen des entsprechenden Quartals gemäß Nrn. 2 bis 5 des 513. BA (Sitzung am 15.09.2020)

- Für das Quartal 1/2021 in Höhe von 30.183.431 Punkten
- Für das Quartal 2/2021 in Höhe von 33.330.940 Punkten
- Für das Quartal 3/2021 in Höhe von 35.645.542 Punkten
- Für das Quartal 4/2021 in Höhe von 33.168.141 Punkten

werden um den arithmetischen Mittelwert der vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2021 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsraten erhöht, um den arithmetischen Mittelwert aus den vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2022 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsraten abgesenkt und mit dem folgenden KV-spezifischen Faktor in Höhe von 5,7528 % beschlusskonform multipliziert.

c) Die Aufteilung der Behandlungsbedarfserhöhungen gemäß dem vorstehenden Absatz a) und b) auf die Krankenkassen erfolgt nach den jeweiligen Leistungsbedarfsanteilen der Versicherten der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im KV-Bezirk an den Leistungen des Kapitels 25 (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) im entsprechenden Quartal des Jahres 2021.

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

Die Berücksichtigung der Morbiditätsveränderung gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V erfolgt gemäß dem Aufsatzwertebeschluss. Dabei erfolgt die Gewichtung der gemäß des 569. BA-Beschluss (Sitzung am 18.08.2021) berechneten Veränderungsraten zu 50 Prozent anhand der Demografie ($-0,0702 \% * 50 \% = -0,0351 \%$) und zu 50 Prozent anhand der Diagnosen ($-0,1282 \% * 50 \% = -0,0641 \%$). Der Aufsatzwert wird damit um -0,0992 Prozent abgesenkt.

3.9

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

3.9.2 Für Neueinschreiber in bzw. Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen erfolgt danach eine Differenzbereinigung gemäß dem Bereinigungsbeschluss. Es sind außer in den Fällen der Ziffern 3.9.3 und 3.9.4 zwingend die Regelungen gesonderter Bereinigungsvereinbarungen zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der KV Hamburg zu berücksichtigen.

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

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

3.9.5 Mit Wirkung ab 01.01.2022 bis 30.06.2022 (Quartale 1/2022 bis 2/2022) wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in jedem Quartal in Umsetzung des 54. EBA (Sitzung am 14. März 2018) in Verbindung mit dem 563. BA (schriftliche Beschlussfassung) nicht basiswirksam um den Betrag von 33.409 Euro abgesenkt („Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“). Die Aufteilung auf die Krankenkassen erfolgt nach Ziffer 3.6.1, d.h. nach den jeweiligen Leistungsbedarfsanteilen gemäß Nummer 2.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen.

3.10 Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4. dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht kann ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V unter Beachtung der diesbezüglichen Empfehlungen des Bewertungsausschusses gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V begründet werden. Insoweit eine Nachschusspflicht nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V

besteht, werden die diese betreffenden Regelungen in Nr. 8 dieses Vertrages verortet. Insbesondere kann keine Nachschusspflicht aus Regelungen zur Honorarverteilung resultieren.

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

4. Extrabudgetär vergütete Leistungen

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

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

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

4.3 Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

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

4.5 Leistungen des Hautkrebsscreenings nach der GOP 01745, 01746,

4.6 Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

4.7 Leistungen der Strahlentherapie nach den GOP 25228 bis 25230,

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

4.9 Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:

01510 bis 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08510, 08530, 08531, 08535, 08537 bis 08540, 08550, 08555, 08558, 08575, 08576, 11301, 11302, 11351, 11352, 11501 bis 11503, 11506, 11508, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33090, 36272, 36503 und 36822 sowie der Kostenpauschalen 32354, 32356, 32357, 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781.

Die in Nr. 4.9 genannten Leistungen werden bundeseinheitlich nach Vorgabe der Kassenärztlichen Vereinigung durch den abrechnenden Arzt gekennzeichnet. Der so gekennzeichnete, nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung zur Auszahlung gelangende Leistungsbedarf der Leistungen nach Nr. 4.9, wird im Formblatt 3 mit einem Anteil von 50 Prozent des berechneten Leistungsbedarfs ausgewiesen,

4.10 Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den GOP 01949 bis 01953 sowie der GOP 01960,

4.11 Excisionen beim Hautkrebsscreening nach den GOP 10343 und 10344,

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

4.13 Leistungen der Abschnitte 4.5.4 EBM (pädiatrische Nephrologie und Dialyse) und 13.3.6 (Nephrologie und Dialyse) EBM (ohne GOP 13620 - 13622) sowie die GOP 04000, 04040, 04230 und 04231, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden; einschließlich der leistungsbezogenen Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlungen mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren des Abschnitts 40.14 EBM

4.14 NN

- 4.15 Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nach der GOP 13620 bis 13622 einschließlich der Sachkosten,
- 4.16 Kostenpauschalen nach den GOP 01425 und 01426 zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Die Rechnungslegung der GOP 01425 und 01426 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 406, Ebene 6,
- 4.17 Spezialisierte Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922 und 30924,
- 4.18 Leistungen nach den GOP 30930 bis 30935 (neuropsychologische Therapie),
- 4.19 Leistungen nach der GOP 32821 (genotypische Untersuchungen auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus),
- 4.20 Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882 „Laborleistungen im Zusammenhang mit der GOP 01732“,
- 4.21 Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opioidabhängiger nach den GOP 01955 und 01956 des Abschnittes 1.8 im EBM,
- 4.22 Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Neugeborenen-Hörscreening) nach den GOP 01704, 01705 und 01706 des Abschnittes 1.7.1 im EBM,
- 4.23 Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung nach der GOP 01833 des Abschnittes 1.7.5 im EBM,
- 4.24 Leistungen und Kosten im Rahmen der Balneophototherapie nach der GOP 10350 des Abschnittes 10.3 des EBM,
- 4.25 Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach den GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956,
- 4.26 Leistungen des Kapitels 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150) der in § 87b Absatz 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen („Psychotherapie“),
- 4.27 Leistungen nach den GOP 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 und 01418, (Haus- und Heimbesuche),
- 4.28 Leistungen nach den GOP 01776, 01777 und 01812 (Screening auf Gestationsdiabetes),
- 4.29
- (1) Von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachte Hämato-/Onkologischen Zusatzpauschalen (GOP 13500 bis 13502), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht

werden sowie von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachten Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 08345), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie von Fachärzten für Urologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachte Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 26315), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden.

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

4.30 NN

4.31 Leistung gemäß GOP 34601 (Osteodensitometrische Untersuchung II),

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

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

4.34 NN

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

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

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

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

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

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

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

(4) die entsprechende Evaluation kann der Anlage 4 entnommen werden,

4.39 Leistungen der Rheumatologie nach den GOP 13690 bis 13692,

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

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

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

4.43 Leistungen nach den Abschnitten 19.4.2 und 19.4.4 EBM („humangenetische Leistungen“),

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

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

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

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

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

4.49 die GOP 01450 („Videosprechstunde“),

4.50 NN

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

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

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

4.54 NN

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

4.56 NN

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

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

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

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

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

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

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

4.63 Kostenpauschalen 86900 (Versandpauschale eArztbrief) und 86901 (Empfangspauschale eArztbrief) gemäß der Richtlinie über die Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 383 SGB V sowie Anlage 8 zur Anlage 32 BMV-Ä,

4.64 bis 31.03.2023 Leistungen nach der GOP 01611 („Verordnung von medizinischer Rehabilitation“),

4.65 NN

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

4.67 Leistungen nach den GOP 30210, 30212, 30216 und 30218 („hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“),

4.68 Leistungen nach der GOP 01650 („Zuschlag DeQS-RL, nosokomiale Infektionen“),

4.69 Leistungen nach der GOP 01645 sowie die Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM (Zweitmeinungsverfahren) mit Ausnahme der Indikationen Mandeloperationen und Gebärmutterentfernung,

4.70 Leistungen nach der GOP 37400 („Versorgungsplanung nach § 132g Abs. 3 SGB V“),

4.71 Leistungen nach der GOP 30440 (Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fersenschmerz bei Fasciitis plantaris),

4.72 NN

4.73 Leistungen nach den GOP 06362 und 40681 (Hornhautvernetzung mit Riboflavin),

4.74 Leistungen nach der GOP 01516 (Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung bei der Gabe von Fingolimod),

4.75 NN

4.76 Zuschläge Terminvermittlung Facharzt nach der GOP 03008 sowie GOP 04008 (Hausarzt-Vermittlungsfall),

4.77 Zuschläge („Zuschläge-TSS-Terminfall/Akutfall“) gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 87 Absatz 2b Satz 3 Nrn. 1 bis 3 und Absatz 2c Satz 3 Nrn. 1 bis 3 SGB V in Verbindung mit § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V in Verbindung mit dem Teil A 439. BA (19.6.2019) geändert durch den 452. BA (schriftl. Beschlussfassung) sowie 445. und 458. BA (jeweils schriftliche Beschlussfassungen). Dies sind die in die arztgruppenspezifischen Kapitel 3 bis 27 (mit Ausnahme von Kapitel 12 und 19) und den Abschnitt 30.7 des EBM jeweils als „Zuschlag TSS-Terminvermittlung“ aufgenommenen GOP.

Zu jedem Zuschlag gibt es vier mögliche Zusätze A bis D, die die entsprechende Höhe der Zuschläge abbilden. Dabei steht das Buchstabensuffix A mit 50 Prozent Zuschlagshöhe für den „TSS-Akutfall“. Die weiteren Suffixe B mit 50 Prozent, C mit 30 Prozent und D mit 20 Prozent Zuschlagshöhe stehen jeweils für den „TSS-Terminfall“.

Mit Wirkung ab dem 01.04.2021 wird durch Zusetzen der Buchstabensuffixe E bis H der Abschlag gemäß Ziffer 4.3.1 der allgemeinen Bestimmungen des EBM auf die Zusätze A bis D berücksichtigt, wenn ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde stattfinden.

Darüber hinaus sind je Kapitel weitere zusätzliche GOP als kodierte Zusatznummern aufgenommen worden, die die altersklassenspezifische Bewertung abbilden,

4.78 Leistungen nach Nrn. 3 des § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V zugleich Nr. 2 i.V.m. Nr. 3 des 439. BA in der Fassung des 452. BA

(TSVG-Konstellation: TSS-Terminvermittlung und TSS-Akutfall),

4.79 Leistungen nach Nrn. 4 des § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V zugleich Nr. 2 i.V.m. Nr. 4 des 439. BA in der Fassung des 452. BA

(TSVG-Konstellation: Hausarzt-Vermittlungsfall),

4.80 Leistungen nach Nrn. 5 des § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V zugleich Nr. 2 i.V.m. Nr. 6 bis 8 des 439. BA in der Fassung des 452. BA

(TSVG-Konstellation: Neupatient),

4.81 Leistungen nach Nrn. 6 des § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V zugleich Nr. 2 i.V.m. Nr. 5 des 439. BA in der Fassung des 452. BA sowie gemäß des 452. BA Teil B zur Bestimmung eines Algorithmus zur Operationalisierung der Grenze für offene Sprechstunden

(TSVG-Konstellation: Offene Sprechstunde),

4.82 NN

4.83 bis 31.12.2022 Leistungen des Abschnitts 1.7.8 EBM („HIV-Präexpositionsprophylaxe“),

- 4.84 bis 31.12.2022 Leistungen nach der GOP 32850 (Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA),
- 4.85 NN
- 4.86 Leistungen nach den GOP 06336, 06337, 06338, 06339 (Optische Kohärenztomographie - OCT),
- 4.87 Leistungen nach der GOP 01514 („Gabe von Velmanase alfa oder Sebelipase alfa“),
- 4.88 Leistungen nach der GOP 01442 bis 30.09.2022 und nach der GOP 01444 bis 31.12.2022 (Videofallkonferenz und Authentifizierung),
- 4.89 Leistungen nach den GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236 („humangenetische Leistungen“),
- 4.90 Leistungen nach der GOP 11601 („Untersuchung auf BRCA 1/2 Mutation),
- 4.91 Kostenpauschale nach der GOP 40165 („Liposuktion bei Lipödem im Stadium III“),
- 4.92 Leistungen nach den GOP 08347 und 13507 („Biomarkerbasierte Testverfahren“),
- 4.93 Leistungen nach der GOP 32816 („Coronavirus“),
- 4.94 Leistungen nach den GOP 04538 und 13678 sowie die Kostenpauschale nach der GOP 40167 („FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab“),
- 4.95 Leistungen nach der GOP 32866 („Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus“),
- 4.96 Leistungen nach der GOP 01660 („Zuschlag zur eArztbrief-Versandpauschale“),
- 4.97 NN
- 4.98 Leistungen nach den GOP 40460, 40461 und 40462 („Endoskopische Zusatzinstrumente als Einmalprodukt“), wenn diese im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung nach den GOP 01741, 01742, 04514, 04515, 04520, 08311T, 13421, 13422, 13423, 13430, 26310T oder 26311T, jeweils einschließlich Suffices, abgerechnet werden. Die Kennzeichnung der vorgenannten Leistungen erfolgt beschlussgemäß anhand bundeseinheitlich kodierter Zusatznummern.
- 4.99 Leistungen nach der GOP 01517 „Gabe von Siponimod“),
- 4.100 bis 31.03.2022 Zuschläge auf Hausbesuche und Covid-Sprechstunden aufgrund der Corona-Pandemie

Für die Sicherstellung der gesamten ambulanten Versorgung sind alle Anstrengungen der KVH auf die Trennung der Patientenströme gerichtet, weil nur durch die nachfolgenden besonderen Maßnahmen eine Behandlung sichergestellt werden kann, die den hohen Anforderungen durch die Allgemeinverfügungen an die Sicherheitsvorkehrungen zur Vermeidung weiterer Infektionen gerecht wird.

Vor diesem Hintergrund werden für die positiv getesteten Corona-Patienten zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung

- die Ausweitung von Hausbesuchen ermöglicht, um die Trennung der Patienten weiterhin gewährleisten zu können sowie
- in Fällen unaufschiebbarer Arztbesuche und/oder Hausbesuche in Facharzt-Praxen Covid-Sprechstunden für Corona-Patienten eingeführt.

4.100.1 bis 31.03.2022 Zuschlag Hausbesuch

Die Vertragspartner vereinbaren für jeden Patienten (a) für den Fall unaufschiebbarer Arztbesuche (b), die im Wege eines Hausbesuchs durchgeführt werden, einen Zuschlag in Höhe von 10 EUR (GOP 98241) auf die nach der regionalen Euro-Gebührenordnung für die nach den Bestimmungen des EBM in diesen Fällen abrechnungsfähigen Besuche (GOP 01410 - 01412 und GOP 01414 - 01416 und GOP 01418 EBM). Ein Patient, der aufgrund behördlicher Verfügung in Quarantäne lebt, alarmiert bei Beschwerden seinen Haus- / Facharzt oder den „Arztruf Hamburg“. Die Unaufschiebbarkeit des Arztbesuches muss durch den hierfür vorab telefonisch durch den Patienten kontaktierten Arzt oder den „Arztruf Hamburg“- Arzt festgestellt werden.

4.100.2 bis 31.03.2022 Zuschlag Covid-Sprechstunde

Ferner wird für jeden Patienten (a) für den Fall unaufschiebbarer Arztbesuche (b), die aufgrund einer Vermittlung (c) in der Facharztpraxis im Rahmen einer Covid-Sprechstunde (d) vorgenommen werden, ein Zuschlag in Höhe von 10 EUR (GOP 98242) auf die nach den Bestimmungen des EBM in dem Quartal der Inanspruchnahme abrechnungsfähige Versicherten-/Grund und Konsiliarpauschalen (e) vereinbart. Ein Patient, der aufgrund behördlicher Verfügung in Quarantäne lebt, alarmiert bei Beschwerden seinen Hausarzt oder den „Arztruf Hamburg“. Die Unaufschiebbarkeit des Facharztbesuches in einer Covid-Sprechstunde muss durch den Hausbesuch, den Hausarzt oder den „Arztruf Hamburg“- Arzt festgestellt werden. Die Covid-Sprechstunde kann nur auf Überweisung und nach Zuteilung eines Termins in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme des Termins erfolgt ausschließlich durch ein geeignetes Transportmittel.

Folgende Definitionen sind maßgeblich:

a) Als Patient im Sinne dieser Vereinbarung gelten Patienten, die positiv auf Corona getestet sind und eine entsprechende Quarantäneverfügung erhalten haben.

b) Ein unaufschiebbarer Arztbesuch ist ein akuter Krankheitszustand, dessen Behandlung aus medizinischer Sicht bei einem Fach- oder Hausarzt erfolgen muss, bevor die Quarantäneverfügung aufgehoben worden ist.

c) Ein Patient, der aufgrund behördlicher Verfügung in Quarantäne lebt, alarmiert bei Beschwerden seinen Hausarzt oder den „Arztruf Hamburg“. Die Unaufschiebbarkeit des Arztbesuches muss durch den Hausbesuch oder den „Arztruf Hamburg“- Arzt festgestellt werden. Die Covid-Sprechstunde ist nur auf Überweisung und nach Zuteilung eines Termins in Anspruch zu nehmen.

d) Covid-Sprechstunde sind solche, die der ausschließlichen Versorgung der vorgenannten Patienten dient und die durch die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehörende Praxis ggü. der KV auf dem vorgeschriebenen Weg kommuniziert worden sind.

e) Der Anspruch auf Zuschläge ist auf Arztgruppen beschränkt, die einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt haben.“

4.101 Leistungen nach der GOP 32867 („Bestimmung des DPD-Metabolisierungsstatus“),

4.102 Leistungen nach der GOP 02314 (Zusatzpauschale für die Vakuumversiegelungstherapie zum intendierten sekundären Wundverschluss) sowie den leistungsbezogenen Kostenpauschalen 40900 bis 40903 für Sachkosten für die Vakuumpumpe sowie für das Verbandsmaterial bei der Vakuumversiegelungstherapie,

4.103 Leistungen nach der GOP 32779 („Direktnachweis von SARS-CoV-2 mittels Antigentest“),

4.104 Leistungen nach den GOP 01670 bis 01672 („vertragsärztliche und sektorenübergreifende Telekonsile gem. der Telekonsilien-Vereinbarung“),

4.105 Leistungen nach den GOP 40128 und 40129 („Kostenpauschalen postalische Versendung“),

4.106 Leistungen des Abschnitts 30.3.2 EBM (Tumortheraiefelder (TTF) zur Behandlung des Glioblastoms),

4.107 Leistungen nach der GOP 11302 („Förderung der Beurteilung und Befundung komplexer genetischer Analysen“),

4.108 Leistungen nach den GOP 32855 bis 32857 („Anwendung des Arzneimittels Hepcludex®“),

4.109 bis 31.12.2022 Leistungen nach der GOP 01470 (Zusatzpauschale Ausstellen einer Erstverordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung [DiGA]),

4.110 Leistungen nach der GOP 01471 (Zusatzpauschale Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA somnio),

4.111 Leistungen nach den GOP 01431 (Zusatzpauschale elektronische Patientenakte) und 01647 (Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung),

4.112 Leistungen nach der GOP 02102 (Infusionstherapie mit Sebelipase alfa),

4.113 Leistungen nach der GOP 32481 (Laboruntersuchung auf Antikörper gegen Sebelipase alfa),

4.114 Leistungen nach den GOP 19503 bis 19505 [Biomarkerbasierte Teste beim primären Mammakarzinom],

4.115 Leistungen des EBM-Abschnitts 8.6 und der Kostenpauschalen des EBM-Abschnitts 40.12 [Kryokonservierung] sowie die Vergütung der Leistungen nach den GOP 01510 bis 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08575, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33064, 33090, 36272,

36503 und 36822 sowie den GOP 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781 im Zusammenhang mit Leistungen der Kryokonservierung.

Die vorgenannten genannten Leistungen werden bundeseinheitlich nach Vorgabe der Kassenärztlichen Vereinigung durch den abrechnenden Arzt gekennzeichnet.

4.116 Leistungen nach den GOP 25335 und 25336 (LDR-Brachytherapie),

4.117 Leistungen nach den GOP 30902 und 30905 („Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe“). Darüber hinaus Leistungen nach den GOP 30900 und 30901 („Kardiorespiratorische Polysomnographie“), wenn diese bei Patienten zur Erstanpassung einer Unterkieferprotrusionsschiene oder Verlaufskontrolle einer Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene abgerechnet werden. Die Kennzeichnung der Leistungen nach den GOP 30900 und 30901 erfolgt anhand bundeseinheitlich kodierter Zusatzkennzeichen,

4.118 Leistungen zur Gruppenpsychotherapie

(1) Leistungen nach den GOP 35163 bis 35169 („probatorische Sitzungen im Gruppensetting“)

(2) Leistungen nach den GOP 35173 bis 35179 („Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung“)

(3) Leistungen nach den GOP 01410 und 01413, sofern diese im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gemäß § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie erfolgen. Die Dokumentation erfolgt hierbei anhand der Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung,

4.119 Leistungen nach der GOP 19506 (Biomarkerbasierter Test sowie Untersuchung auf Mikrosatelliteninstabilität).

5. Zuschläge auf besonders förderungswürdige Leistungen

5.1 Hyposensibilisierungsbehandlungen in Verbindung mit Anlage 4

Für Hyposensibilisierungsbehandlungen (GOP 30130, 30131) nach drei Jahren Behandlungsdauer wird ein Zuschlag in Höhe von 100,00 EUR einmal je Patient (GOP 98000) gezahlt. Dieser Zuschlag ist nicht für Behandlungen von Insektenstichallergien berechnungsfähig.

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

Für die Patienten ist die Behandlung mit Unannehmlichkeiten verbunden, weshalb das Thema „Compliance“ eine wichtige Rolle spielt. Den Vertragspartnern ist bewusst, dass ein Anstieg der Gesamtzahl von allergischen Patienten im Gegensatz zu einem gleichzeitig unterproportionalen Anteil von Patienten, die eine spezifische Immuntherapie erhalten, existiert. Infolge dessen könnten zusätzliche Kosten im Gesundheitswesen durch die Progredienz der Erkrankungen entstehen, z. B. durch eine Zunahme des allergischen Asthmas.¹ Ebenso ist die medikamentöse Behandlung allergischer Symptome unter Kostengesichtspunkten zu berücksichtigen und unter medizinischen Gesichtspunkten mit Blick auf mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten ggf. problematisch.

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

¹ Biermann J., Merk H., Wehrmann W., Klimek L., Wasem J., Allergische Erkrankungen der Atemwege - Ergebnisse einer umfassenden Patientenkohorte in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, Allergo J 2013; 22(6) 366 - 73.

5.2. Förderung der kinderärztlichen Grundversorgung in Verbindung mit Anlage 4

Zur Förderung der pädiatrischen Grundversorgung werden mit Wirkung ab dem 01.01.2022 bis zum 31.12.2024 nach den nachfolgenden Voraussetzungen Zuschläge auf die GOP 04355 und 04230 bzw. für Schwerpunktpädiater die 04231 EBM vergütet. Die Förderung erfolgt nach Maßgabe des 456. BA gem. den diesbezüglichen näheren Regelungen der Anlage 4 dieser Honorarvereinbarung.

1. Die Krankenkassen stellen für die Förderung der Grundversorgung in Form von Zuschlägen für die GOP 04355 und 04230 bzw. für Schwerpunktpädiater die 04231 EBM ein Fördervolumen in H.v. insgesamt 500.000 EUR als extrabudgetäre Leistung mit Obergrenze für jedes Jahr des Förderzeitraumes vom 01.01.2022 bis einschließlich 31.12.2024 zur Verfügung. Es wird gleichmäßig auf die Quartale zu je 125.000 EUR aufgeteilt.

2. Die Förderung nach Nr. 1 wird von den Krankenkassen gewährt, wenn der quartalsbezogene Durchschnitt der Abrechnungsfrequenzen der GOP 04320 bzw. für Schwerpunktpädiater die 04231 und der GOP 04355 EBM in den drei förderungswürdigen Bezirken Bergedorf, Hamburg-Mitte und Harburg

- im 1. Jahr der Förderung um mindestens 0 Prozent,
- im 2. Jahr der Förderung um mindestens 3 Prozent und
- im 3. Jahr der Förderung um mindestens 5 Prozent

gegenüber der ermittelten Ausgangssituation gestiegen ist. Die Betrachtung erfolgt hierbei für die drei Bezirke gemeinsam. Dabei wird auf die Abrechnungsfrequenz je VZÄ im Basisjahr 2019 abgestellt.

Wenn und soweit in einem Abrechnungsquartal die vorgenannten Zielwerte überschritten werden, sind die Überschreitungen in Höhe der Überschreitung zu erfassen (Beispiel: 3 % im Quartal I/22 = 3 % Überschreitung von 0 %; 4 % in I/23 = 1 % Überschreitung von 3 %) und können in Abrechnungsquartalen, in den die Zielwerte nicht erreicht werden, ggf. auch rückwirkend angerechnet werden. Liegt das Abrechnungsquartal, dem die Überschreitungen angerechnet werden, in der Vergangenheit, wird die nachträglich gewährte Förderung von 125.000 Euro dem Quartal zugerechnet, welches die letzten für die vollständige Anrechnung ausschlaggebenden prozentualen Überschreitungswerte erzeugt hat, sofern dieses gegenüber den Kostenträgern noch nicht abgerechnet wurde. Andernfalls wird es dem darauffolgenden Quartal zugerechnet. Damit wird sichergestellt, dass für in der Vergangenheit liegende Quartale keine Vergütungstatbestände erzeugt werden.

3. Die Förderung wird quartals- und arztbezogen (LANR) nur für diejenigen Betriebsstätten gewährt, bei denen der Ort der Leistungserbringung sich in

einem der förderungswürdigen Bezirken Bergedorf, Hamburg-Mitte und Harburg befindet. Die Partner dieser Honorarvereinbarung haben die förderungswürdigen Bezirke insbesondere auf der Grundlage von Studien und der Analyse von Abrechnungsdaten festgelegt.

4. Die Förderung wird quartals- und arztbezogen (LANR)
 - a) je abgerechneter GOP 04355 mit etwaigen Suffixen in Höhe eines Zuschlages von 50 Prozent mittels der GOP 99260 und/oder
 - b) je abgerechneter GOP 04230 bzw. für Schwerpunktpädiater die 04231 EBM mit etwaigen Suffixen in Höhe eines Zuschlages von 50 Prozent mittels der GOP 99261 bzw. 99262 gewährt.
5. Die Vergütung der vorgenannten Zuschläge erfolgt grundsätzlich aus den von den Krankenkassen für ein Quartal gemäß Nr. 1 Satz 2 bereitgestellten finanziellen Mitteln.
6. Fördervolumina die aufgrund des Nichterreichens der kollektiven Fördervoraussetzung nach Nr. 2 auch nach Ausschöpfung der Regelungen in Nr. 2 Absatz 2 nicht abgerufen werden können, verbleiben bei den Kassen.
7. Reichen die von den Krankenkassen je Quartal zur Verfügung gestellten Mittel nicht aus (Überschreiten der quartalsbezogenen Obergrenze), erfolgt eine Vergütung der Zuschläge zu abgestaffelten Preisen.
8. Werden nach Erreichen der kollektiven Fördervoraussetzungen nach Nr. 2 die von den Krankenkassen je Quartal zur Verfügung gestellten Mittel nicht vollständig ausgeschöpft (Unterschreiten der quartalsbezogenen Obergrenze), werden die insoweit verbleibenden Beträge in das nach Feststellung nächste Quartal übertragen und stehen dort zur Finanzierung der Zuschläge zusätzlich zur Verfügung. Sollten die von den Krankenkassen innerhalb der Laufzeit der Förderung insgesamt zur Verfügung gestellten Mittel auf diese Art und Weise am Ende der Laufzeit nicht vollständig ausgeschöpft sein, verständigen sich die Vertragspartner über die Verwendung der Mittel.
9. Zur kassenseitigen Darstellung der Zuschläge und zum Zwecke der Rechnungslegung erfolgt der Nachweis als extrabudgetäre Leistung im Formblatt 3 mittels des Vorganges 160 anlässlich der jeweiligen Rechnungslegung für das jeweilige Abrechnungsquartal des Förderzeitraumes. Die KV Hamburg ist darüber hinaus verpflichtet, den im Rubrum genannten Vertragspartnern auf Verbandsebene einen quartalsbezogenen Nachweis über die Umsetzung der vorstehenden Regelung im Rahmen der Rechnungslegung zu übermitteln. Hierbei sind auch die Ärzte mit LANR und BSNR zu benennen, die in den jeweiligen Bezirken und Quartal Anspruch auf die Förderung haben.

10. Die vorstehenden Regelungen dienen ausschließlich der Festlegung der förderungswürdigen Bezirke, der förderungsfähigen Ärzte, der Festlegung des Berechnungsmodus für die Zuschläge sowie der Darstellung der Förderung in der Rechnungslegung ggü. den Kassen. Ein arztindividueller Anspruch ergibt sich daher ausschließlich aus den Regelungen zur Verteilung der vereinbarten Vergütung (Verteilungsmaßstab) und nicht unmittelbar aus den vorstehenden Regelungen.

11. Soweit vorstehend die GOP 04355 und 04230 bzw. für Schwerpunktpädiater die 04231 EBM benannt sind, gelten diese Regelungen stets auch für alle etwaig anfallenden Suffixe sowie unabhängig davon, ob die GOP außerhalb (EGV) oder innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) sind.

12. Mit Vorliegen der Abrechnungsdaten für das 4. Quartal 2022 werden die Vertragspartner prüfen, ob die Entwicklung der Mengendynamik im Bereich der geförderten GOP dazu Veranlassung gibt, die Fördersystematik insbesondere im Hinblick auf die Höhe der in Nr. 4 ausgewiesenen Zuschläge anzupassen.

13. Wenn eine Anpassung der geförderten EBM-Ziffern erfolgt oder anderweitige Förderungs- bzw. Unterstützungsleistungen für die hier geförderten Gesprächsleistungen auf Bundesebene beschlossen werden, prüfen die Vertragspartner eine Anpassung der hier bzw. in Anlage 4 Ziffer IV. dargestellte Fördersystematik.

6. Wegepauschalen

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

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

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

3,53 EUR (Abrechnungsnummer: 97234);

Zeitangabe gem. § 17 Abs. 1a Satz 6 BMV: 6 Minuten

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

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97235);

Zeitangabe gem. § 17 Abs. 1a Satz 6 BMV: 15 Minuten

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

10,14 EUR (Abrechnungsnummer: 97236);

Zeitangabe gem. § 17 Abs. 1a Satz 6 BMV: 30 Minuten

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

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97237);

Zeitangabe gem. § 17 Abs. 1a Satz 6 BMV: 6 Minuten

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

10,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97238);

Zeitangabe gem. § 17 Abs. 1a Satz 6 BMV: 15 Minuten

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

14,55 EUR (Abrechnungsnummer: 97239);

Zeitangabe gem. § 17 Abs. 1a Satz 6 BMV: 30 Minuten

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

11,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97160);

Zeitangabe gem. § 17 Abs. 1a Satz 6 BMV: 30 Minuten

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

16,32 EUR (Abrechnungsnummer: 97161).

Zeitangabe gem. § 17 Abs. 1a Satz 6 BMV: 30 Minuten

6.2. Die Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet.

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

6.4. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale der KV Hamburg mit einem Fahrdienst ausgeführt, so werden die Beträge für Wegeentschädigungen nicht an den Arzt abgeführt, sondern als Kosten des Notfalldienstes einbehalten. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale nicht mit einem Fahrdienst, sondern im eigenen Wagen des Arztes ausgeführt, so erhält der Arzt in einem generell im Notfalldienst mit Fahrdienst befahrenen Bezirk den von den Kostenträgern gemäß der Verträge über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen vom 13.03.2006 in der jeweils gültigen Fassung zu zahlenden Pauschalbetrag. Dies gilt nicht für Leistungen, die von Vertragsärzten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten sowie bei gegenseitiger Vertretung erbracht werden.

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

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

7. Belegärztliche Leistungen

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

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

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

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

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

b) Leistungen der Kapitel 33 und 34 der regionalen EUR-Gebührenordnung werden mit 60 Prozent der Sätze der Gebührenordnung bewertet; können diese Leistungen im Belegkrankenhaus nicht erbracht werden, werden sie mit den Sätzen der Gebührenordnung bewertet.

c) Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen des Kapitels 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung, die mit mindestens 6,00 EUR bewertet sind, werden mit den Sätzen der regionalen EUR-Gebührenordnung bewertet. Die Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen aus dem Kapitel 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in § 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

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

e) Leistungen, die in der regionalen EUR-Gebührenordnung mit weniger als 6,00 EUR bewertet sind, werden nicht vergütet.

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

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

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

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

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.

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

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

Der Belegarzt hat - ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers - gegenüber der KV Hamburg nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind.

b) Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.

Dies gilt auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

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

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

8. Rechnungslegung

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

8.2 bis 8.4. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in seiner 68. Sitzung am 15. September 2020 beschlossen, dass ärztliche Leistungen, die im Jahr 2021 im Zusammenhang mit einer durch die World Health Organization festgestellten Pandemie erbracht werden, im Rahmen der Abrechnung gesondert zu kennzeichnen sind. Den Vertragspartner ist zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses nicht bekannt, ob und inwieweit auch für die Zeit ab dem 01.01.2022 ein solcher Beschluss gefasst werden wird. Sollte dies der Fall sein, werden die Vertragspartner unter Berücksichtigung etwaiger konkretisierender Beschlüsse insbesondere zur Kennzeichnung alle erforderlichen Regelungen zur Kennzeichnung und Vergütung (8.3.) sowie zur Verrechnung (8.4.) wie sie bis 31.12.2021 vereinbart waren, zum Gegenstand eines Nachtrages zu dieser Vereinbarung machen.

9. Sachlich-rechnerische Berichtigungen

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

10.

10.1 Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V

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

10.2 Honorarkürzungen nach § 291b Abs. 5 Satz 1 SGB V

Honorarkürzungen, die die KV Hamburg gemäß § 291b Abs. 5 Satz 1 SGB V in Fällen der nicht erfolgten Durchführung der Prüfung nach § 291b Abs. 2 SGB V

(Versichertenstammdatendienst) vornimmt, sind anteilig für den Fall, der die Leistungen außerhalb der MGV betrifft, an die Krankenkasse zurückzuzahlen. Basis für die Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen ist der Anteil je Krankenkasse am Volumen der Leistungen außerhalb der MGV gemäß Formblatt (bereichseigen) des die Kürzung betreffenden Quartals. Die Rückzahlung erfolgt jeweils in dem übernächsten Quartal, das auf das die Kürzung betreffenden Quartal folgt. Der Ausweis erfolgt im Formblatt, Kontenart 400 im Vorgang 142 für die Fälle nach § 291b Abs. 5 Satz 1 SGB V. § 291b Abs. 5 Satz 4 und Abs. 4 Satz 1 SGB V gilt.

10.3 Zusammenwirken von Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V und § 291b Abs. 5 Satz 1 SGB V

Für den Fall, dass Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V und § 291b Abs. 5 Satz 1 SGB V zusammenfallen, werden die Kürzungsbeträge jeweils auf das Gesamthonorar erhoben.

10.4 Honorarkürzungen nach § 341 Abs. 6 SGB V

Honorarkürzungen, die die KV Hamburg gemäß § 341 Abs. 6 SGB V in Fällen des nicht gegenüber der KV Hamburg erbrachten Nachweises über die für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte erforderlichen Komponenten und Dienste vornimmt, sind anteilig für den Fall, der die Leistungen außerhalb der MGV betrifft, an die Krankenkasse zurückzuzahlen. Basis für die Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen ist der Anteil je Krankenkasse am Volumen der Leistungen außerhalb der MGV gemäß Formblatt (bereichseigen) des die Kürzung betreffenden Quartals. Die Rückzahlung erfolgt jeweils in dem übernächsten Quartal, das auf das die Kürzung betreffenden Quartal folgt. Der Ausweis erfolgt im Formblatt, Kontenart 400 im Vorgang 140 für die Fälle nach § 341 Abs. 6 SGB V. Die vorgenannte Kürzungsregelung findet im Fall, dass bereits eine Kürzung der Vergütung nach § 291b Absatz 5 SGB V nach 10.2 erfolgt, keine Anwendung. Nach Absprache zwischen BMG und KBV, welche die kassenseitigen Vertragspartner gegen sich gelten lassen, ist es zur Vermeidung der Regressierung ausreichend, wenn die notwendigen technischen Komponenten bis zum 30.06.2021 bestellt wurden.

11. Kostenerstattung

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

12. Verspätet eingereichte Behandlungsausweise

Verspätet eingereichte Behandlungsausweise werden dem Quartal des Zeitpunktes der Einreichung zugerechnet, mit den Behandlungsausweisen des Abrechnungsquartals zusammengeführt und nach den Bestimmungen des Verteilungsmaßstabes vergütet, die zum Zeitpunkt der Einreichung gelten.

Um zu vermeiden, dass hierdurch den Krankenkassen finanzielle Mehr- und Minderbelastungen entstehen, vereinbaren die Vertragspartner die nachfolgende Regelung:

- a. Soweit nach dem vorstehenden Verfahren GOP betroffen sind, die im Abrechnungsquartal nach den Regelungen der Honorarvereinbarung extrabudgetär vergütet werden und für die keine sonstigen, die Vergütungshöhe beeinflussende Regelungen, wie beispielsweise Höchstwertregelungen, Anwendung finden, sind diese GOP gesondert entsprechend der vereinbarten regionalen Euro-Gebührenordnung des Quartals der Leistungserbringung zu bewerten.
- b. Die sich hieraus für die Krankenkassen ergebenden Differenzen werden in der Regel mit dem auf das Abrechnungsquartal folgenden Formblatt über einen separaten Vorgang ausgewiesen und erstattet bzw. nachgefordert.
- c. Die Erstellung der Einzelfallnachweise nach den Bestimmungen des Bundesmantelvertrages in Anlage 6 (Datenaustauschvertrag) bleibt hiervon unberührt.

13. Sonstiges

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

Hamburg, den 06.12.2021

.....
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

.....
AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

.....
BKK-Landesverband NORDWEST
zugleich für die SVLFG als LKK

.....
IKK classic

.....
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Nord, Hamburg

.....
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

Honorarvereinbarung 2022 vom 06.12.2021

Anlage 1
zur Honorarvereinbarung 2022

**Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich
Hamburg**

wird noch ausgeführt

Honorarvereinbarung 2022 vom 06.12.2021

Anlage 2 zur Honorarvereinbarung 2022

Begriffserläuterung:

Spalte a) GKV-weit: Satzart mit der Endung _SUM
Spalte b) Einzelkasse: Satzart mit der Endung _IK

Abkürzungen:

VJQ: Grundsätzlich Vorjahresquartal, allerdings unter Beachtung des 526. BA, d.h. ggf. wird auf das Vorvorjahresquartal abgestellt.

Quartal 1/2022

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des **Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2022 in Hamburg**

Regionaler Punktwert 2022: **0,114494 EUR**
Regionaler Punktwert 2021: **0,113098 EUR**
Regionaler Punktwert 2020: **0,111429 EUR**

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen Vorjahresquartal (VJQ) (basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im VJQ auf der Grundlage der Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
2.	3.3.1 Nr. 1	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste durch Subtraktion von: 540.000 Punkte	x	x
2.a		= Schritt 1 - Schritt 2	x	x
3.	3.3.1 Nr. 2	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOP 32459, 32774 und 32775 („Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten auf eins gesetzt werden. durch Addition von: Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).	x	x
3.a		= Schritt 2.a + Schritt 3.	x	x
4.	3.3.1 Nr. 3	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOP 32480 und 32557 („Labor zu Wirkstoffen Velmanase alfa und Daratumumab“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten auf eins gesetzt werden. durch Addition von: Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).	x	x
4.a		= Schritt 3.a + Schritt 4.	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
5.	3.3.1 Nr. 4	Anpassung des Behandlungsbedarfs in Umsetzung des 563. BA (Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie) basiswirksam durch Subtraktion von: 594.955 Punkte	x	x
5.a		= Schritt 4.a - Schritt 5.	x	x
6.	3.3.1 Nr. 5	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 32362 und 32363 („Präeklampsie“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten auf eins gesetzt werden durch Addition von: Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)	x	x
6.a		= Schritt 5.a + Schritt 6.	x	x
7.	3.3.1 Nr. 6	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 01645 sowie Leistungen nach Nr. 4.3.0 Allgemeine Bestimmungen EBM für die Indikation Mandeloperation und Gebärmutterentfernung, wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten auf eins gesetzt werden durch Addition von: Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)	x	x
7.a		= Schritt 6.a + Schritt 7.	x	x
8.	3.3.2	Berücksichtigung des basiswirksamen Bereinigungsbetrages für die Kinderärztliche Förderung durch Subtraktion von: 991.981,3 Pkt.	x	

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
8.a		= Schritt 7.a - Schritt 8.	x	
9.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung: durch Subtraktion von: ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)	x	
9.a		= Schritt 8.a - Schritt 9.	x	
10	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung (SV_BEVERZICHT_SUM) Bereinigungsvolumina im Fall des Bereinigungsverzichts	x	x
10.a		= Schritt 9.a - Schritt 10.	x	x
11.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten = Schritt 10.a * 0,0567 %	x	x
11a		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = Schritt 10.a + Schritt 11.	x	x

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
12.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ in Euro (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“.	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
12.a	3.6.1	Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen .	x	x
12.b	3.6.1	Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind , obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert .	x	x
12.c	3.6.1	= Schritt 12. - Schritt 12.a + Schritt 12b	x	x
12.d		Umrechnung in Punkte = Schritt 12.c / regionaler Punktwert des Jahres 2021	x	x
13.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
13.a	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 2	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 4 der HON genannten Leistungen nach den GOP 32459, 32774 und 32775 („Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
13.b	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 6 der HON genannten Leistungen nach den GOP 32480 und 32557 („Labor zu Wirkstoffen Velmanase alfa und Daratumumab“) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
13.c	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 5	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 5 der HON genannten Leistungen der GOP 32362 und 32363 („Präeklampsie“) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten auf eins gesetzt werden	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
13.d	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 6	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 6 der HON genannten Leistungen nach der GOP 01645 sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikationen Mandeloperationen und Gebärmutterentfernung (Zweitmeinung) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK (wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten auf eins gesetzt werden.	X	X
13.e		Angepasste Leistungsmenge in Punkten = Schritt 12.d - Schritt 13 + Schritt 13.a + Schritt 13.b + Schritt 13.c + Schritt 13.d	X	X
14.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf = Schritt 13.e Einzelkasse / Schritt 13.e GKV-weit	X	X
15.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = Schritt 11.a. * Schritt 14.	X	X
16.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen (max. Wert aus Schritt 10)	X	X
16.a		= Schritt 15. + Schritt 16.	X	X

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
17.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: = Schritt 16.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)	x	x
18.	3.7.1.1	Ermittlung und Abzug des anzuwendenden kassenspezifischen Korrekturbetrages bzgl. der TSVG-Bereinigung.	x	x
18.a	3.7.1.1	= Schritt 17. - Schritt 18.	x	x
19.	3.7.1.2 a) und b)	Feststellung der maßgeblichen Behandlungsbedarfserhöhung für die Leistungen des Kapitels 25 (ohne GOP 25228 und 25230) „Strahlentherapie“: Die 30.183.431 Punkten des Quartals 1/2021 werden um den arithmetischen Mittelwert der vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2021 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate (-0,1125 %) erhöht, um den arithmetischen Mittelwert aus den vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2022 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate (-0,0992 %) abgesenkt und mit dem folgenden KV-spezifischen Faktor in Höhe von 5,7528% multipliziert. = (30.183.431 * (1 - 0,1125 + 0,0992)) * 1,057528	x	
19.a	3.7.1.2 c)	Ermittlung des kassenspezifischen Anteils der Behandlungsbedarfserhöhung (Kassenspezifischer Leistungsbedarf der Versicherten an den Leistungen des Kapitels 25 (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) im entsprechenden Vorjahresquartal) / (GKV-Wert für die vorgenannten Leistungen) * Schritt 19.		x
19.b		= Schritt 18.a + Schritt 19.a	x	x
20.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = Schritt 19.b + (Schritt 19.b * (- 0,0992 %))	x	x
21.	3.9.1	Gesamtbereinigungsmengen des VJQ	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
21.a	3.9.1	Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.2 HON von + 0,0567 % sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV-EGV Abgrenzung	x	x
21.b	3.9.1	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten = Schritt 21.a / KASSRG87aMGV_IK des VJQ	x	x
21.c	3.9.1	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge = Schritt 21.b * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - KASSRG87aMGV_IK des VJQ)	x	x
21.d	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf = Schritt 21 + Schritt 21.c	x	x
22.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)	x	x
23.		Ermittlung KASSRG-Wert = Schritt 21.d - Schritt 22.	x	x
23.a		Kassenspezifische MGV in Euro = Schritt 23. * regionaler Punktwert des Jahres 2022	x	x
24.	3.9.5	Nicht basiswirksame Anpassung der MGV um den Betrag von jeweils 33.409 Euro mit dem kassenspezifisch errechneten Betrag gem. 563. BA zum Einsatz von Diagnostika zur schneller und qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie durch Subtraktion von: 33.409 Euro * Schritt 14.	x	x

Honorarvereinbarung 2022

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
24.a		Kassenspezifische MGV in Euro nach Anpassung gem. 563. BA =Schritt 23.a. - Schritt 24.	x	x

Um nachträgliche Korrekturen in der MGV-Berechnung und entsprechend notwendige Ausgleichs im nächst erreichbaren Formblatt 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGV vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGV-Berechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Quartal 2/2022

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGW gemäß des Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2022 in Hamburg

Regionaler Punktwert 2022: **0,114494 EUR**
 Regionaler Punktwert 2021: **0,113098 EUR**
 Regionaler Punktwert 2020: **0,111429 EUR**

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	<p>Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen Vorjahresquartal (VJQ) (basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im VJQ auf der Grundlage der Satzarten:</p> <p>KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)</p>	x	x
2.	3.3.1 Nr. 1	<p>Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste</p> <p>durch Subtraktion von:</p> <p>540.000 Punkte</p>	x	x
2.a		= Schritt 1 - Schritt 2	x	x
3.	3.3.1 Nr. 2	<p>Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOP 32459, 32774 und 32775 („Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.</p> <p>durch Addition von:</p> <p>Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).</p>	x	x
3.a		= Schritt 2.a + Schritt 3.	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
4.	3.3.1 Nr. 4	Anpassung des Behandlungsbedarfs in Umsetzung des 563. BA (Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie) basiswirksam durch Subtraktion von: 594.955 Punkte	x	x
4.a		= Schritt 3.a - Schritt 4.	x	x
5.	3.3.1 Nr. 5	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 32362 und 32363 („Präeklampsie“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten auf eins gesetzt werden durch Addition von: Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)	x	x
5.a		= Schritt 4.a + Schritt 5.	x	x
6.	3.3.1 Nr. 6	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 01645 sowie Leistungen nach Nr. 4.3.0 Allgemeine Bestimmungen EBM für die Indikation Mandeloperation und Gebärmutterentfernung, wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten auf eins gesetzt werden durch Addition von: Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)	x	x
6.a		= Schritt 5.a + Schritt 6.	x	x
7	3.3.2	Berücksichtigung des basiswirksamen Bereinigungsbetrages für die Kinderärztliche Förderung durch Subtraktion von: 972.215,4 Pkt.	x	x
7.a		= Schritt 6.a - Schritt 7.	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
8.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung: durch Subtraktion von: ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)	x	
8.a		= Schritt 7.a - Schritt 8.	x	
9.	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung (SV_BEVERZICHT_SUM) durch Subtraktion von: Bereinigungsvolumina im Fall des Bereinigungsverzichts	x	x
9.a		= Schritt 8.a - Schritt 9.	x	x
10.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten = Schritt 9.a * 0,0567 %	x	x
10.a		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = Schritt 9.a + Schritt 10.	x	x

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
11.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ in Euro (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“.	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
11.a	3.6.1	Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen .	x	x
11.b	3.6.1	Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind , obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert .	x	x
11.c	3.6.1	= Schritt 11. - Schritt 11.a + Schritt 11.b	x	x
11.d		Umrechnung in Punkte = Schritt 11.c / regionaler Punktwert des Jahres 2021	x	x
12.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
12.a	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 2	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 2 der HON genannten Leistungen nach den GOP 32459, 32774 und 32775 („Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
12.b	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 5	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 5 der HON genannten Leistungen der GOP 32362 und 32363 („Präeklampsie“) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten auf eins gesetzt werden	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
12.c	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 6	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 6 der HON genannten Leistungen nach der GOP 01645 sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikationen Mandeloperationen und Gebärmutterentfernung (Zweitmeinung) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK(wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten auf eins gesetzt werden.	X	X
12.d		Angepasste Leistungsmenge in Punkten = Schritt 11.d - Schritt 12 + Schritt 12.a + Schritt 12.b + Schritt 12.c	X	X
13.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf = Schritt 12.d Einzelkasse / Schritt 12.d GKV-weit	X	X
14.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = Schritt 10.a. * Schritt 13.	X	X
15.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen (max. Wert aus Schritt 9.)	X	X
15.a		= Schritt 14. + Schritt 15.	X	X

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
16.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: = Schritt 15.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)	x	x
17.	3.7.1.1	Ermittlung und Abzug des anzuwendenden kassenspezifischen Korrekturbetrages bzgl. der TSVG-Bereinigung.	x	x
17.a	3.7.1.1	= Schritt 16. - Schritt 17.	x	x
18.	3.7.1.2 a) und b)	Feststellung der maßgeblichen Behandlungsbedarfserhöhung für die Leistungen des Kapitels 25 (ohne GOP 25228 und 25230) „Strahlentherapie“: Die 33.330.904 Punkten des Quartals 2/2021 werden um den arithmetischen Mittelwert der vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2021 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsraten (-0,1125 %) erhöht, um den arithmetischen Mittelwert aus den vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2022 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsraten (-0,0992 %) abgesenkt und mit dem folgenden KV-spezifischen Faktor in Höhe von 5,7528% multipliziert. = (33.330.904 * (1 - 0,1125 + 0,0992)) * 1,057528	x	
18.a	3.7.1.2 c)	Ermittlung des kassenspezifischen Anteils der Behandlungsbedarfserhöhung (Kassenspezifischer Leistungsbedarf der Versicherten an den Leistungen des Kapitels 25 (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) im entsprechenden Vorjahresquartal) / (GKV-Wert für die vorgenannten Leistungen) * Schritt 18.		x
18.b		= Schritt 17.a + Schritt 18.a	x	x
19.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = Schritt 18.b + (Schritt 18.b * (- 0,0992 %))	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
20.	3.9.1	Gesamtbereinigungsmengen des VJQ	x	x
20.a	3.9.1	Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.2 HON von + 0,0567 % sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV-EGV Abgrenzung	x	x
20.b	3.9.1	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten = Schritt 20.a / KASSRG87aMGV_IK des VJQ	x	x
20.c	3.9.1	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge = Schritt 20.b * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - KASSRG87aMGV_IK des VJQ)	x	x
20.d	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf = Schritt 20 + Schritt 20.c	x	x
21.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)	x	x
22.		Ermittlung KASSRG-Wert = Schritt 20.d - Schritt 21.	x	x
22.a		Kassenspezifische MGV in Euro = Schritt 22. * regionaler Punktwert des Jahres 2022	x	x
23.	3.9.5	Nicht basiswirksame Anpassung der MGV um den Betrag von jeweils 33.409 Euro mit dem kassenspezifisch errechneten Betrag gem. 563. BA zum Einsatz von Diagnostika zur schneller und qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie durch Subtraktion von: 33.409 Euro * Schritt 13.	x	x

Honorarvereinbarung 2022

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
23.a		Kassenspezifische MGV in Euro nach Anpassung gem. 563. BA =Schritt 22.a. - Schritt 23.	x	x

Um nachträgliche Korrekturen in der MGV-Berechnung und entsprechend notwendige Ausgleichs im nächst erreichbaren Formblatt 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGV vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGV-Berechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Quartal 3/2022

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGW gemäß des Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2022 in Hamburg

Regionaler Punktwert 2022: **0,114494 EUR**
 Regionaler Punktwert 2021: **0,113098 EUR**
 Regionaler Punktwert 2020: **0,111429 EUR**

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	<p>Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen Vorjahresquartal (VJQ) (basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im VJQ auf der Grundlage der Satzarten:</p> <p>KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)</p>	x	x
2.	3.3.1 Nr. 1	<p>Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste</p> <p>durch Subtraktion von:</p> <p>44.000 Punkte</p>	x	x
2.a		= Schritt 1 - Schritt 2	x	x
3.	3.3.1 Nr. 5	<p>Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 32362 und 32363 („Präeklampsie“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten auf eins gesetzt werden</p> <p>durch Addition von:</p> <p>Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)</p>	x	x
3.a		= Schritt 2.a + Schritt 3.	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
4.	3.3.1 Nr. 6	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 01645 sowie Leistungen nach Nr. 4.3.0 Allgemeine Bestimmungen EBM für die Indikation Mandeloperation und Gebärmutterentfernung, wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten auf eins gesetzt werden durch Addition von: Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)	x	x
4.a		= Schritt 3.a + Schritt 4.	x	x
5	3.3.2	Berücksichtigung des basiswirksamen Bereinigungsbetrages für die Kinderärztliche Förderung durch Subtraktion von: 993.158,8 Pkt.	x	x
5.a		= Schritt 4.a - Schritt 5.	x	x
6.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung: durch Subtraktion von: ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)	x	
6.a		= Schritt 5.a - Schritt 6.	x	
7	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung (SV_BEVERZICHT_SUM) durch Subtraktion von: Bereinigungsvolumina im Fall des Bereinigungsverzichts	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
7.a		= Schritt 6.a - Schritt 7.	x	x
8.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten = Schritt 7.a * 0,0567 %	x	x
8.a		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = Schritt 7.a + Schritt 8.	x	x

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
9.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ in Euro (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MG/EGV-Kennzeichen „1“.	x	x
9.a	3.6.1	Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MG/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MG/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen .	x	x
9.b	3.6.1	Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MG/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MG/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert .	x	x
9.c	3.6.1	= Schritt 9. - Schritt 9.a + Schritt 9.b	x	x
9.d		Umrechnung in Punkte = Schritt 9.c / regionaler Punktwert des Jahres 2021	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
10.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
10.a	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 5	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 5 der HON genannten Leistungen der GOP 32362 und 32363 („Präeklampsie“) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten auf eins gesetzt werden	x	x
10.b	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 6	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 6 der HON genannten Leistungen nach der GOP 01645 sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikationen Mandeloperationen und Gebärmutterentfernung (Zweitmeinung) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
10.c		Angepasste Leistungsmenge in Punkten = Schritt 9.d - Schritt 10 + Schritt 10.a + Schritt 10.b	x	x
11.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf = Schritt 10.c Einzelkasse / Schritt 10.c GKV-weit	x	x
12.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = Schritt 8.a. * Schritt 11.	x	x
13.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen (max. Wert aus Schritt 7)	x	x
13.a		= Schritt 12. + Schritt 13.	x	x

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
14.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: = Schritt 13.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)	x	x
15.	3.7.1.1	Ermittlung und Abzug des anzuwendenden kassenspezifischen Korrekturbetrages bzgl. der TSVG-Bereinigung.	x	x
15.a	3.7.1.1	= Schritt 14. - Schritt 15.	x	x
16.	3.7.1.2 a) und b)	Feststellung der maßgeblichen Behandlungsbedarfserhöhung für die Leistungen des Kapitels 25 (ohne GOP 25228 und 25230) „Strahlentherapie“: Die 35.645.542 Punkten des Quartals 3/2021 werden um den arithmetischen Mittelwert der vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2021 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate (-0,1125 %) erhöht, um den arithmetischen Mittelwert aus den vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2022 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate (-0,0992 %) abgesenkt und mit dem folgenden KV-spezifischen Faktor in Höhe von 5,7528% multipliziert. = (35.645.542 * (1 - 0,1125 + 0,0992)) * 1,057528	x	
16.a	3.7.1.2 c)	Ermittlung des kassenspezifischen Anteils der Behandlungsbedarfserhöhung (Kassenspezifischer Leistungsbedarf der Versicherten an den Leistungen des Kapitels 25 (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) im entsprechenden Vorjahresquartal) / (GKV-Wert für die vorgenannten Leistungen) * Schritt 16.		x
16.b		= Schritt 15.a + Schritt 16.a	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
17.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = Schritt 16.b + (Schritt 16.b * (- 0,0992 %))	x	x
18.	3.9.1	Gesamtbereinigungsmengen des VJQ	x	x
18.a	3.9.1	Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.2 HON von + 0,0567 % sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV-EGV Abgrenzung	x	x
21.b	3.9.1	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten = Schritt 18.a / KASSRG87aMGV_IK des VJQ	x	x
18.c	3.9.1	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge = Schritt 18.b * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - KASSRG87aMGV_IK des VJQ)	x	x
18.d	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf = Schritt 18 + Schritt 18.c	x	x
19.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)	x	x
20.		Ermittlung KASSRG-Wert = Schritt 18.d - Schritt 19.	x	x
23.a		Kassenspezifische MGV in Euro = Schritt 20. * regionaler Punktwert des Jahres 2022	x	x

Um nachträgliche Korrekturen in der MGV-Berechnung und entsprechend notwendige Ausgleichs im nächst erreichbaren Formblatt 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGV vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGV-Berechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Quartal 4/2022

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGW gemäß des Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2022 in Hamburg

Regionaler Punktwert 2022: **0,114494 EUR**

Regionaler Punktwert 2021: **0,113098 EUR**

Regionaler Punktwert 2020: **0,111429 EUR**

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen Vorjahresquartal (VJQ) (basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im VJQ auf der Grundlage der Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)	x	x
2.	3.3.1 Nr. 1	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste durch Subtraktion von: 44.000 Punkte	x	x
2.a		= Schritt 1 - Schritt 2	x	x
3.	3.3.1 Nr. 5	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 32362 und 32363 („Präeklampsie“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten auf eins gesetzt werden durch Addition von: Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)	x	x
3.a		= Schritt 2.a + Schritt 3.	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
4.	3.3.1 Nr. 6	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 01645 sowie Leistungen nach Nr. 4.3.0 Allgemeine Bestimmungen EBM für die Indikation Mandeloperation und Gebärmutterentfernung, wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten auf eins gesetzt werden durch Addition von: Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)	x	x
4.a		= Schritt 3.a + Schritt 4.	x	x
5	3.3.2	Berücksichtigung des basiswirksamen Bereinigungsbetrages für die Kinderärztliche Förderung durch Subtraktion von: 1.005.670,1 Pkt.	x	x
5.a		= Schritt 4.a - Schritt 5.	x	x
6.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung: durch Subtraktion von: ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)	x	
6.a		= Schritt 5.a - Schritt 6.	x	
7	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung (SV_BEVERZICHT_SUM) durch Subtraktion von: Bereinigungsvolumina im Fall des Bereinigungsverzichts	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
7.a		= Schritt 6.a - Schritt 7.	x	x
8.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten = Schritt 7.a * 0,0567 %	x	x
8.a		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = Schritt 7.a + Schritt 8.	x	x

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
9.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ in Euro (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MG/EGV-Kennzeichen „1“.	x	x
9.a	3.6.1	Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MG/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MG/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen .	x	x
9.b	3.6.1	Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MG/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MG/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert .	x	x
9.c	3.6.1	= Schritt 9. - Schritt 9.a + Schritt 9.b	x	x
9.d		Umrechnung in Punkte = Schritt 9.c / regionaler Punktwert des Jahres 2021	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
10.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
10.a	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 5	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 5 der HON genannten Leistungen der GOP 32362 und 32363 („Präeklampsie“) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten auf eins gesetzt werden	x	x
10.b	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 6	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 6 der HON genannten Leistungen nach der GOP 01645 sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikationen Mandeloperationen und Gebärmutterentfernung (Zweitmeinung) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
10.c		Angepasste Leistungsmenge in Punkten = Schritt 9.d - Schritt 10 + Schritt 10.a + Schritt 10.b	x	x
11.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf = Schritt 10.c Einzelkasse / Schritt 10.c GKV-weit	x	x
12.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = Schritt 8.a. * Schritt 11.	x	x
13.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen (max. Wert aus Schritt 7)	x	x
13.a		= Schritt 12. + Schritt 13.	x	x

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
14.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: = Schritt 13.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)	x	x
15.	3.7.1.1	Ermittlung und Abzug des anzuwendenden kassenspezifischen Korrekturbetrages bzgl. der TSVG-Bereinigung.	x	x
15.a	3.7.1.1	= Schritt 14. - Schritt 15.	x	x
16.	3.7.1.2 a) und b)	Feststellung der maßgeblichen Behandlungsbedarfserhöhung für die Leistungen des Kapitels 25 (ohne GOP 25228 und 25230) „Strahlentherapie“: Die 33.168.141 Punkten des Quartals 4/2021 werden um den arithmetischen Mittelwert der vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2021 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate (-0,1125 %) erhöht, um den arithmetischen Mittelwert aus den vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2022 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate (-0,0992 %) abgesenkt und mit dem folgenden KV-spezifischen Faktor in Höhe von 5,7528% multipliziert. = (33.168.141 * (1 - 0,1125 + 0,0992)) * 1,057528	x	
16.a	3.7.1.2 c)	Ermittlung des kassenspezifischen Anteils der Behandlungsbedarfserhöhung (Kassenspezifischer Leistungsbedarf der Versicherten an den Leistungen des Kapitels 25 (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) im entsprechenden Vorjahresquartal) / (GKV-Wert für die vorgenannten Leistungen) * Schritt 16.		x
16.b		= Schritt 15.a + Schritt 16.a	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
17.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = Schritt 16.b + (Schritt 16.b * (- 0,0992 %))	x	x
18.	3.9.1	Gesamtbereinigungsmengen des VJQ	x	x
18.a	3.9.1	Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.2 HON von + 0,0567 % sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV-EGV Abgrenzung	x	x
21.b	3.9.1	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten = Schritt 18.a / KASSRG87aMGV_IK des VJQ	x	x
18.c	3.9.1	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge = Schritt 18.b * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - KASSRG87aMGV_IK des VJQ)	x	x
18.d	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf = Schritt 18 + Schritt 18.c	x	x
19.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)	x	x
20.		Ermittlung KASSRG-Wert = Schritt 18.d - Schritt 19.	x	x
23.a		Kassenspezifische MGV in Euro = Schritt 20. * regionaler Punktwert des Jahres 2022	x	x

Um nachträgliche Korrekturen in der MGV-Berechnung und entsprechend notwendige Ausgleiche im nächst erreichbaren Formblatt 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGV vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGV-Berechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2022

Rechenweg des regionalen Punktwertzuschlags gem. Nr. 2 der Honorarvereinbarung 2022 (nach Dau, 2013; lt. BSG-Urteil 2017)

- basierend auf drei volkswirtschaftliche Indikatoren
 - Arbeitnehmerentgelt je Arbeitnehmer₁
 - Arbeitnehmerentgelt je geleisteter Arbeitsstunde₂
 - Bruttoinlandsprodukt je Einwohner₃
- es sind jeweils die Werte des (Vor-)vorjahres anzusetzen;
- als allgemein zugängliche Quelle dient das Gemeinsame Datenangebot der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder → <https://www.statistikportal.de/de/vgrdl/ergebnisse-laenderebene/einkommen#alle-ergebnisse>

(Die Vertragspartner sind sich darüber einig, für die Ermittlung von regionalen Punktwertzuschlägen nach dieser Anlage den Berechnungsstand der statistischen Ämter des Bundes und der Länder zu nutzen, welcher zum 31.10. p.a. gem. § 87a Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 SGB V veröffentlicht ist. Liegen zu diesem Zeitpunkt die maßgeblichen Werte noch nicht vor, ist der nächstverfügbare Berechnungsstand maßgebend. Bereits vereinbarte Punktwertzuschläge werden aufgrund von rückwirkenden Statistikrevisionen nicht mehr angepasst.)

- im Folgenden werden die Ergebnisse der Berechnungsschritte 1. bis 5. sowie 7. in Prozent [%] und die Ergebnisse der Berechnungsschritte 6.1 bis 6.3 in EuroCent [cent] ausgewiesen

1. Prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

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

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

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

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

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

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

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

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

Begrenzung des prozentualen Zuschlags um 1/3 der Schätzung:

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

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

6.1 Berechnung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr

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

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

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

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

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

7. Berechnung des prozentualen, regionalen Punktwertzuschlags x

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

Hinweis: Sämtliche Rechenschritte 1 - 7 erfolgen ohne Zwischenrundung mit allen Nachkommastellen. Für die Verwendung in Ziffer 2 der Honorarvereinbarung wird das Ergebnis in Schritt 6.3 auf 4 Nachkommastellen gerundet und das Ergebnis in Schritt 7 auf 3 Nachkommastelle gerundet.

Anlage 4

zur Honorarvereinbarung 2022

Evaluation förderungswürdiger Leistungen und/oder Leistungserbringer

In dieser Anlage werden unter Bezugnahme auf die konkret in der vorstehenden Honorarvereinbarung getroffenen Vergütungsregelungen bei Bedarf Regelungen über die Evaluation getroffen.

- I. Regelung in Ziffer 5.1 Hyposensibilisierungsbehandlung
- II. Regelung in Ziffer 4.38 Zuschlag Onkologie
- III. Regelung in Ziffer 4.100 Zuschläge auf Hausbesuche und die Covid-Sprechstunde
- IV. Regelungen in Ziffer 3.3.2 und 5.2 Förderung der Kinderärzte

Zu I.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass für die betreffende, förderungswürdige Leistung wie nachfolgend beschrieben eine Evaluation durch die KV Hamburg durchgeführt wird.

1. Das Versorgungsproblem (Defizit) ist in Ziffer 5.1. der Honorarvereinbarung beschrieben und wird berücksichtigt.
2. Die Maßnahme und die Begründung sind in Ziffer 5.1. der Honorarvereinbarung beschrieben und werden berücksichtigt.
3. Angestrebtes Ziel / Indikatoren:
 - a. Einerseits soll die Entwicklung aller Fälle (Behandlungsfälle) berücksichtigt werden, bei denen eine, auf Grundlage der ICD-Liste (Anhang 1) maßgebliche, allergische Diagnosen vorhanden ist.
 - b. Andererseits soll die Entwicklung der Fälle mit abgerechneter Zuschlagsziffer berücksichtigt werden.
 - c. Dabei soll als Ziel eine Steigerung der Abrechnungen zu b. von 2,5 % und in Bezug auf a. 0,3626 % definiert werden.
4. Der Evaluationszeitraum, zugleich Datenerhebungszeitraum soll drei Jahre (Quartal 1/2021 bis Quartal 4/2023) sowie als Basisjahr für die entsprechenden Vergleichsbetrachtungen das Jahr 2018 umfassen.
5. Nach Erstellung der Evaluation wird diese von der KVH spätestens zwei Monate nach Bereitstellung der EFN-Daten des letzten Quartals im Erhebungszeitraum vorgestellt und von den Partnern dieser Vereinbarung gemeinsam bewertet. Bei der Bewertung sind sich die Vertragspartner darüber

einig, dass aufgrund einer Vielzahl von zwischen dem Basisjahr 2018 und dem Ende der Evaluationszeit aufgetretenen strukturellen (TSVG, EBM-Reform, ect.pp.) sowie Corona-bedingten Veränderungen, diese besonders berücksichtigt werden müssen. Ebenso wird bei der Evaluation der unter 3. beschriebene Ansatz hinsichtlich der Tragfähigkeit für die Zielgrößenfestlegung und Evaluation überprüft.

Zu II.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass für die betreffenden, förderungswürdigen Leistungen wie nachfolgend beschrieben eine Evaluation durch die KV durchgeführt wird.

1. Die Beschreibung des Versorgungsproblems (Defizit) berücksichtigt die bei Beginn der Förderung bestehende, tatsächliche Versorgungssituation in der Behandlung von Krebserkrankungen durch die von der Förderung betroffenen Arztgruppen (Urologen und Gynäkologen).
2. Maßnahme: Ist die Förderung der Durchführung von Behandlungen von Patienten mit Krebserkrankungen durch die Urologen und Gynäkologen durch die extrabudgetäre Zuschlagsregelung gem. Ziffer 4.38 der Honorarvereinbarung.
3. Die Begründung ist gesondert als Anhang 2 enthalten.
4. Als Ziel soll dabei festgelegt werden, dass die bestehende Versorgungssituation hinsichtlich der qualifizierten Versorgung durch die sogenannten „Fächeronkologen“ nicht verschlechtert wird. Dies wäre der Fall, wenn sich die Fallzahlen in der Erhebung gem. Ziffer 5. im Untersuchungszeitraum im Vergleich zu 2019 stabilisiert.
5. Hierzu sollen die durch die betreffenden Arztgruppen abgerechneten Fallzahlen mit Zuschlägen über eine Zeitreihe erhoben und bewertet werden (Indikatoren). Als Erfolg gilt eine Stabilisierung der Fallzahlen.
6. Der Evaluationszeitraum, zugleich Datenerhebungszeitraum (Quartal 1/2021 bis Quartal 4/2022) soll zwei Jahre umfassen. Die Vertragspartner vereinbaren das Jahr 2019 abweichend von 2020 als Basisjahr gem. Nr. 4.
7. Nach Erstellung der Evaluation wird diese von der KVH spätestens zwei Monate nach Bereitstellung der EFN-Daten des letzten Quartals im Erhebungszeitraum vorgestellt und von den Partnern dieser Vereinbarung gemeinsam bewertet. Bei der Bewertung sind sich die Vertragspartner darüber einig, dass auf Grund der Vielzahl der zwischen dem Basisjahr 2019 und dem Ende der Evaluationszeit stattgehabten strukturellen (TSVG, EBM-Reform, ect.pp.) sowie Corona-bedingten Veränderungen, diese besonders berücksichtigt werden müssen.

Zu III.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass für die betreffenden, förderungswürdigen Leistungen eine Evaluation durch die KV durchgeführt wird.

1. Die Beschreibung des Versorgungsproblems (Defizit) soll die drohenden Engpässe in der Versorgung von Covid 19-Patienten durch Hausärzte bei Hausbesuchen sowie bei Fachärzten in Covid 19-Sprechstunden berücksichtigen (Sicherstellung der ambulanten Versorgung von Covid-19 Patienten).
2. Begründung: Die Vergütungsregelungen bilden den tatsächlich erhöhten Aufwand durch die Versorgung von Covid19-Patienten nicht ab.
3. Ziel ist die Vermeidung des unter 1. beschriebenen Problems.
4. (Indikatoren) Hierzu wird nach Ende der Corona-Pandemie eine qualitative Evaluation der Versorgungssituation unter Berücksichtigung der Förderung erstellt, die insbesondere berücksichtigt,
 - a. dass der mit der Leistungserbringung verbundene, Corona-bedingt höhere Aufwand (beispielsweise für Schutzausrüstung, Hygiene, Gespräche, Aufklärung, Logistik, Abstimmung mit dem ÖDG etc.pp.), der zur Zielerreichung notwendig war, mittels der Förderung teilweise abgebildet wurde.
 - b. Ferner wird hierbei untersucht, ob und inwieweit der mit der Förderung verbundene Zweck erreicht worden ist.
5. Der Evaluationszeitraum umfasst den Beginn der Zuschlagszahlung bis zum 31.03.2022.
6. Nach Erstellung der Evaluation wird diese vorgestellt und von den Partnern dieser Vereinbarung gemeinsam bewertet.

Zu IV.

1. Beschreibung des Versorgungsproblems

Nach einer wissenschaftlichen Analyse zur pädiatrischen Versorgung in Hamburg wurden im Jahr 2018 vier neue Kinderarztsitze geschaffen. Die Vertragspartner sind sich vor dem Hintergrund der durchgeführten Evaluation darüber einig, dass die Finanzierung der kinderärztlichen Grundversorgung im Stadtgebiet auch zukünftig erforderlich ist. Allerdings soll künftig die Förderungssystematik umgestellt werden. Statt einer basiswirksamen MGV-Einstellung der finanziellen Mittel erfolgt mit Wirkung ab dem 01.01.2022 gem. 3.3.2 in Verbindung mit Ziffer 5.2 eine Zuschlagslösung mit entsprechender Bereinigung der MGV.

Der Schwerpunkt der Stärkungsnotwendigkeit hat sich in den Bereich der Versorgung älterer Kinder (Kinder ab 4 Jahren und schulpflichtige Kinder) verlagert². Das gilt insbesondere für sozialökonomisch benachteiligten Stadtbezirke, in denen eine höhere Morbidität vorliegt³ und auch mehr chronisch erkrankte Kinder zu versorgen sind. Eine Auswertung der Diagnose- und Abrechnungsdaten⁴ zeigt, dass die kinderärztliche Grundversorgung in diesen Stadtbezirken durch ein zusätzliches Angebot von Gesprächsleistungen der sozialpädiatrischen Versorgung und der Psychosomatik gestärkt werden kann.

2. Maßnahmen zur Behebung des Versorgungsproblems

Die Vertragspartner verfolgen vor diesem Hintergrund das Ziel, mit Hilfe von finanziellen Anreizen die kinderärztliche Grundversorgung in Hamburg zu fördern. Die Förderung erfolgt unter Berücksichtigung der durch den Bewertungsausschuss beschlossenen Vorgaben zu förderungswürdigen Leistungen und Leistungserbringern⁵ durch Zuschläge

- a. auf die GOP 04355 (sozialpädiatrische Versorgung) sowie
- b. auf die GOP 04230 bzw. für Schwerpunktpädiater die 04231 EBM (problemorientiertes ärztliches Gespräch)

für Ärzte, die die Berechtigung zur Abrechnung der vorgenannten GOP haben und in genau definierten, sozialökonomisch benachteiligten Bezirken - Bergedorf, Hamburg-Mitte und Harburg - praktizieren. Das Nähere zu den Zuschlägen und den anspruchsberechtigten Ärzten ist in Ziffer 5.2 der Honorarvereinbarung geregelt.⁶

3. Begründung

Die Zuschlagslösung soll sicherstellen, dass das Angebot von Gesprächsleistungen in den Bezirken Bergedorf, Hamburg-Mitte und Harburg verbessert wird, in denen Kinder mit einer vergleichsweise hohen Morbidität leben und medizinisch versorgt werden müssen. Im Übrigen wird auf Ziffer 1. verwiesen.

4. Ziel und Evaluation

Der Förderungszeitraum beträgt 3 Jahre – vom 1. Quartal 2022 bis einschließlich dem 4. Quartal 2024.

Die Abrechnungsfrequenz der anspruchsberechtigten Ärzte soll ausgehend vom Basisjahr bis zum Ende des Förderzeitraums (Evaluationszeitraums) bei der GOP 04355

² Zitat: Unsere Präsentation (inkl. Evaluation), Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) „Nachbildung von SGX und UX für Hamburger Stadtteile im Metropolenvergleich mittels IRB-Daten (Ergebnisbericht)“ Dr. Mandy Schulz Ramona Hering Thomas Czihal Berlin, 08.10.2020."

³ Ebd. A.a.O.

⁴ Ebd. A.a.O. bzw. gesonderte Auswertung von Frau Pörtje/Hartmann zu den GOP 04533, 35100 und ggf. weitere Gesprächs-GOP.

⁵ Beschluss Nr. 456: https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2019-11-25_ba456.pdf.

⁶ Anmerkung: Dort sollte eine Liste der Praxen bzw. der förderungsrelevanten Bezirke aufgenommen werden.

und bei der GOP 04230 bzw. für Schwerpunktpädiater die 04231 EBM mindestens um 5 Prozent im Vergleich zum Basisjahr 2019 gem. der Abrechnungsfrequenz je VZÄ (siehe Anhang 3) gesteigert werden.

Spätestens zwei Monate nach Bereitstellung der EFN-Daten des 4. Quartals 2024 stellt die KV Hamburg eine Evaluation vor. Diese wird von den Partnern dieser Vereinbarung gemeinsam bewertet.

Anhang 1

**Top-5-ICD (Häufigste Diagnosen bei Patienten mit
GOP 98000)**

ICD-10	ICD-10 Bezeichnung
Z51.6	Desensibilisierung gegenüber Allergenen
J30.1	Allergische Rhinopathie durch Pollen (inkl. Heufieber und Heuschnupfen, Pollenallergie o.n.A., Pollinose)
J30.4	Allergische Rhinopathie, nicht näher bezeichnet
J30.3	Sonstige allergische Rhinopathie (inkl. Ganzjährig bestehende allergische Rhinopathie)
J45.0	Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale (Allergische: Bronchitis o.n.A., Allergische: Rhinopathie mit Asthma bronchiale, Atopisches Asthma (Exogenes allergisches Asthma bronchiale [Extrinsisches Asthma], Heuschnupfen mit Asthma bronchiale)

Anhang 2

Die Versorgungssituation, die im Bereich der KV Hamburg den Ausgangspunkt für die Begründung der Förderungswürdigkeit der urologischen und gynäkologischen Onkologie (sogenannte Fächeronkologie) beschreibt, existierte bereits vor Inkrafttreten der neuen Onkologie-Vereinbarung im Jahre 2010.

Sie war und ist bis heute dadurch gekennzeichnet, dass die Fächeronkologen neben den Hämatonkologen die Versorgung der Patienten mit onkologischen Erkrankungen ganz überwiegend in „ihren“ Fächern ausübten und entsprechend der bestehenden Onkologie-Vereinbarung sowie nach dem EBM vergütet erhalten.

Hierdurch war und ist insbesondere die Möglichkeit gegeben, dass die Weiterbehandlung durch denjenigen Vertragsarzt sichergestellt und durchgeführt werden konnte, der die Verdachtsdiagnose gestellt hat. Auf diese Art und Weise diente die bestehende Versorgungssituation auch der Compliance der betroffenen Patienten und Patientinnen. Darüber hinaus berücksichtigte diese Versorgungssituation auch, dass jede Facharztgruppe ihrem Behandlungsgebiet entsprechend, spezifische Tumorbehandlungen anwendet.

Durch die Neufassung der Onkologie-Vereinbarung als Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag im Jahre 2009 bestand die erhebliche Gefahr, dass die sog. Fächeronkologen ab Inkrafttreten nicht bzw. nicht mehr in dem bisherigen Umfang an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen konnten. Dieses in vielen KV-Bereichen existierende Sicherstellungsproblem wurde im Versorgungsbereich Hamburg regional und gemeinsam mit den Hamburger Krankenkassen/-verbänden durch die Schaffung einer Umsetzungsvereinbarung gelöst, indem von der Öffnungsklausel in der Onkologie-Vereinbarung Gebrauch gemacht wurde. So konnte bereits damals die vorstehend beschriebene Versorgungssituation durch die Vertragspartner erhalten bleiben.

Gemäß den Grundsätzen in § 1 der Onkologie-Vereinbarung nach dem Bundesmantelvertrag ist es insbesondere Ziel der Vereinbarung, die Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebserkrankter Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung sicherzustellen. Durch die Onkologie-Vereinbarung soll insbesondere in der vertragsärztlichen onkologischen Versorgung eine Alternative zur stationären Behandlung sichergestellt werden. Hierzu strebt die Onkologie-Vereinbarung im Rahmen einer möglichst umfassenden Behandlung krebserkrankter Patienten eine wohnortnahe ambulante vertragsärztliche Behandlung durch dazu besonders qualifizierte Ärzte an, denen die Durchführung und Koordination der onkologischen Behandlung gesamtverantwortlich zukommt. Dies umfasst auch eine

enge und dauerhafte Kooperation mit anderen an der Behandlung direkt oder indirekt beteiligten Vertragsärzten, einen ständigen Erfahrungsaustausch mit Tumorzentren sowie einer kontinuierlichen onkologischen Fortbildung. Damit soll gesichert werden, dass krebserkrankte Patienten nach wissenschaftlich anerkannten, dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnis entsprechenden Diagnose- und Therapieplänen sowie den geltenden Leitlinien ambulant versorgt werden können. (Quelle: Zitate aus § 1 der Onkologie-Vereinbarung BMV Anlage 7)

Die vorgenannten Grundsätze wurden und werden in der Versorgungsstruktur im Bereich der KV Hamburg durch die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmenden Internisten zusammen mit den sog. Fächeronkologen abgebildet. Allerdings bestanden in der Vergütungsstruktur Unterschiede, die im Hinblick auf die Erhaltung der Versorgungssituation für die Vertragspartner negativ bewertet wurden.

Die Vertragspartner sahen vor diesem Hintergrund in einer gezielten Förderung der onkologisch tätigen Urologen und Gynäkologen, welche an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen, eine geeignete Möglichkeit, die aufgezeigte Versorgungsstruktur zu erhalten und Veränderungen zu vermeiden.

Auf diese Art und Weise sollte in Gestalt der Förderungsregelung in Ziffer 4.38 der Honorarvereinbarung erreicht werden, dass die Fächeronkologie in der existierenden Versorgungsrealität der onkologischen Versorgung in Hamburg erhalten bleibt. Aufgrund der regionalspezifischen Ausrichtung der Vergütungshöhe der Pauschalen nach der Onkologie-Vereinbarung sahen die Partner der Honorarvereinbarung auch der Höhe nach in einer Bewertung mit 191 Punkten für den Zuschlag ein taugliches Mittel zur Zielerreichung.

Im Rahmen der Evaluation soll nunmehr überprüft werden, ob und inwieweit die Förderungsmaßnahmen zu einer Erhaltung der regionalen onkologischen Versorgungsstrukturen beigetragen haben.

Hier ist in einem Evaluationszeitraum von 12 Quartalen, beginnend ab dem 01.01.2021 anhand der fachgruppenspezifischen (Fächeronkologen) Abrechnungsfrequenzen der Zuschlagsziffer 99315/99345 zu prüfen, inwieweit sich das Versorgungsgeschehen im Vergleich zur Basis 2019 stabil verhalten hat und/oder nicht verschlechtert hat (Zielwert). Aufgrund der Vielzahl möglicher Einflussfaktoren (beispielsweise der Corona-Pandemie, Veränderungen in der Zahl) sind die Ergebnisse einer bewertenden Betrachtung der Vertragspartner zuzuführen.

Damit werden die Voraussetzungen des 456. Beschlusses des Bewertungsausschusses über die Grundlagen für Förderungswürdige

Leistungen/Leistungserbringer erfüllt.

Als Förderungsvariante kommt Nr. 2/3. Spiegelstrich zur Anwendung: „-wenn bestehende bzw. sich abzeichnende Versorgungsmängel durch gezielte Förderung reduziert bzw. vermieden werden könne, beispielsweise durch Veränderungen oder Erweiterungen der Angebotsstrukturen.

Mit dem Erhalt der beschriebenen Versorgungssituation als Ausfluss der in der Onkologie-Vereinbarung beschriebenen Grundsätze der Versorgung durch Onkologen und Fächeronkologen wird auch ein überprüfbares Ziel verschriftlicht, welches durch die beschriebene Auswertung der Abrechnungsfrequenzen hinsichtlich einer Zielerreichung messbar ist.

Schlussendlich werden damit auch die Grundlagen für eine anschließende Bewertung der Fördermaßnahmen durch die Vertragspartner gelegt.

Anhang 3

Abrechnungsfrequenzen je VZÄ bezogen auf das Basisjahr 2019 in den Bezirken Bergedorf, Hamburg-Mitte und Harburg

	1. Quartal 2019	2. Quartal 2019	3. Quartal 2019	4. Quartal 2019	Gesamt
GOP 04230	517	469	450	488	480
GOP 04355	103	91	90	94	94

Protokollnotiz
zur
Honorarvereinbarung 2022

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

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

3. Sind Falschabrechnungen von Leistungen innerhalb der MGV für vergangene Abrechnungszeiträume aufgrund Rechnungsprüfung nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) einvernehmlich oder durch rechtskräftiges Urteil festgestellt worden, so wird die betreffende kassenspezifische Leistungsmenge eines Abrechnungsquartals um das aus dem gesamten, vorangegangenen Prüfzeitraum ermittelte gesamte Punktzahlvolumen gekürzt. Diese Reduzierung der Leistungsmenge erfolgt spätestens im nächsten, auf die Einigung bzw. die Rechtskraft des Urteils folgenden Abrechnungsquartal. Eine rückwirkende Änderung der Datengrundlagen (ARZTRG- und KASSRG-Daten) zur Bestimmung der Aufsatzwerte findet nicht statt. Das Nähere ist in der Anlage 2 dieser Vereinbarung geregelt.

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

4. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass sogenannte Ausdeckelung und Eindeckelung betreffend die MGV aufgrund von Beschlüssen des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses für Zeiträume, die über die Wirksamkeit einer Honorarvereinbarung hinausgehen, im Folgejahr entsprechend der diesbezüglichen Beschlussvorgaben und Regelungen der Honorarvereinbarung umgesetzt werden, ohne dass es hierzu expliziter weiterer Regelungen in der Protokollnotiz bedarf. Die Vertragspartner stellen hierzu sicher, dass in den Regelungen unter Ziffer 3 auch jeweils das Enddatum der Regelung aus den vorgenannten Beschlüssen kenntlich gemacht wird.

Darüber hinaus treffen die Vertragspartner für alle in dieser Honorarvereinbarung umgesetzten Beschlüsse des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses, deren Umsetzung auch Zeiträume mitumfasst, die über das Jahr 2022 hinausgehen, die nachfolgenden Feststellungen und werden diese in der Protokollnotiz für die Folgejahre fortführen und unter Berücksichtigung etwaiger Folgebeschlüsse umsetzen. Dies betrifft insbesondere folgende Beschlüsse:

a) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 53. EBA, geändert durch den 430. BA, anzuwenden ist. Die Protokollnotiz Nr. 1 des Beschlusses regelt, dass für den Fall, dass bis zum 31. Dezember 2020 festgestellt werden kann, dass für einen Großteil der Vertragsarztpraxen die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum BMV-Ä vorliegen, eine bis dahin extrabudgetär vergütete Leistung in die betroffenen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen als deren Teilleistung überführt wird. Das bedeutet, dass in diesem Fall ab 01.01.2021 die GOP 01641 (Zuschlag Notfalldatensatz) nach den im 53. EBA, geändert durch den 430. BA, in Teil C festgelegten Voraussetzungen im EBM und in Ziffer 4.62 gestrichen wird und gleichzeitig der Behandlungsbedarf nach Maßgabe des Teil C des Beschlusses angehoben wird. Unter diesen Voraussetzungen wird die Protokollnotiz in 2021 umgesetzt. Die Vertragspartner nehmen mit dem Unterschriftdatum dieser Honorarvereinbarung zur Kenntnis, dass die Feststellungen nach Satz 1 noch nicht getroffen worden sind und führen die Protokollnotiz fort. Etwaige Änderungen werden in Nachträgen zur Honorarvereinbarung 2022 getroffen, andernfalls wird diese Protokollnotiz auch in 2023 fortgeschrieben.

b) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 430. BA (Sitzung am 12.12.2018) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass die Überführung der in der Ziffer 4.69 (Zweitmeinungsverfahren) dieser Vereinbarung extrabudgetär gestellten Leistungen für die Indikation Mandeloperation und Gebärmutterentfernungen zum 01.01.2022 erfolgt sowie für weitere Indikationen jeweils zu Beginn des **zwölften** auf das Inkrafttreten der entsprechenden Erweiterung der Richtlinie des G-BA zum Zweitmeinungsverfahren folgenden Quartals gemäß der hierzugetroffenen Regelungen des 430. BA ggf. einschließlich etwaiger Folgebeschlüsse erfolgen wird. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in der Honorarvereinbarung 2022 umgesetzt und fortgeschrieben.

Für die Kennzeichnung der Leistungen nach Ziffer 4.69 bei der Abrechnung gilt: der EBM in Verbindung mit den Codierungslisten der KBV.

Nr.	Zweitmeinungsverfahren	Einführung EGV	Überführung in die MGV
1	Mandeloperation	01.01.2019 – 31.12.2021	01.01.2022
2	Gebärmutterentfernungen	01.01.2019 – 31.12.2021	01.01.2022
3	Arthroskopische Eingriffe an der Schulter	19.02.2020/01.04.2020 – 31.12.2023	01.01.2023
4	Amputation beim diabetischen Fußsyndrom	26.5.2021/01.07.2021 – 31.03.2024	01.04.2024
5	Implantationen einer Knieendoprothese	11.01.2021/01.04.2021 – 31.12.2023	01.01.2024

c) Die Vertragspartner setzen mit Wirkung ab dem 01.07.2020 den 480. BA (schriftliche Beschlussfassung) zur basiswirksamen Anpassung des Behandlungsbedarfes im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste aufgrund der Übermittlung elektronischer Briefe unter Berücksichtigung der dort genannten Werte um. Das bedeutet, dass die jeweils maßgeblichen Werte gemäß nachfolgender Tabelle (Angaben in Tsd. Punkten) umgesetzt werden und diese Regelung zu diesem Zwecke in dem Folgejahr 2023 fortgeschrieben wird:

KV-Bezirk	1/2023 – 2/2023
Hamburg	43

d) Die Vertragspartner werden mit Wirkung ab dem 01.07.2020 den 481. BA (schriftliche Beschlussfassung) umsetzen. Das bedeutet, dass die EGV-Stellung der GOP 01660 zum 30.06.2023 endet. Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz in 2023 umgesetzt.

e) Die Vertragspartner werden mit Wirkung ab dem 01.01.2021 bzw. 01.01.2024 den 547. BA (schriftliche Beschlussfassung) umsetzen. Das bedeutet, dass für die Überführung der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 11302 ab dem 1. Januar 2021 aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in die Ziffer 4.107 dieser Honorarvereinbarung und ab dem 1. Januar 2024 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019 oder entsprechender Folgebeschlüsse, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile einzelner Krankenkassen nicht angewendet wird. Zur Begründung wird auf den Inhalt des vorgenannten Beschlusses bzgl. der GOP 11302 verwiesen. Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz bis 2023 fortgeschrieben.

f) Die Vertragspartner werden den 547. BA Teil B (schriftliche Beschlussfassung) umsetzen. Das bedeutet,

- dass die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um den erwarteten Mehrbedarf aufgrund des wissenschaftlichen und technischen Fortschritts für die Gebührenordnungspositionen des Kapitels 11.4 EBM beschlussgemäß ab dem 01.01.2021 erhöht wird und
- in separaten Beschlüssen bis zum 31.08. des auf den Prüfzeitraum folgenden Jahres entsprechend des Prüfauftrages der Bewertungsausschuss im Falle der Feststellung von Korrekturbedarf Korrekturbeschlüsse gefasst werden, die ebenfalls durch die Vertragspartner ggf. im Rahmen von Nachträgen umgesetzt werden.

Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz bis 2026 fortgeschrieben.

g) Die Vertragspartner werden den 549. BA (Sitzung am 17.02.2021) umsetzen, das bedeutet, dass die Frist gemäß Absatz 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 470. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Empfehlungen im Zusammenhang mit der Verordnungsbefugnis nach der Gebührenordnungsposition 01611 (Verordnung von medizinischer Rehabilitation) sich für die Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 01611 um zwei Jahre verlängert und auf den 31. März 2023 festgesetzt wird. Bis spätestens zu diesem Zeitpunkt berät der Bewertungsausschuss über das weitere Vorgehen hinsichtlich der Finanzierung. Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz bis 2023 fortgeschrieben.

h) Die Vertragspartner setzen den 513. BA um, das bedeutet neben den Regelungen in Ziffer 3.7.1.2 dieser Honorarvereinbarung auch die EGV-Stellung des Kapitels 25 EBM ab 2023 umgesetzt wird. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz vorbehaltlich abweichender Beschlüsse in 2023 umgesetzt.

Die Vertragspartner führen vor dem Hintergrund der Vielzahl von EGV-Leistungen, bei denen aufgrund von Beschlüssen des BA/EBA die Rücküberführung in die MGV im Raum steht, im Anhang zu Nr. 4 eine Liste der EGV-Leistungen aus Ziffer 4 dieser Honorarvereinbarung, beginnende mit Ziffer 4.82ff., die die voraussichtlichen Daten der Rücküberführung vorbehaltlich abweichender Beschlüsse festhält. Die Liste dient insbesondere dazu, eine arbeitsökonomisch sinnvolle Abarbeitung der Rücküberführungen durch Nachträge zur Honorarvereinbarung sicherzustellen, d.h. wenn und soweit möglich, feststehende Rücküberführungen zum Gegenstand von Nachträgen zu machen. Vor diesem Hintergrund wird die Liste in Spalte 5 die nachfolgenden 3 Konstellationen abbilden:

Konstellation 1: Durch Beschlüsse des BA/EBA steht der Termin der Rücküberführung vorbehaltlich abweichender nachgehender Beschlussfassungen bereits fest (fixe Rücküberführung).

Konstellation 2: Durch Beschlüsse des BA/EBA steht der Termin der Rücküberführung vorbehaltlich einer Entscheidung der Träger des Bewertungsausschusses, insbesondere über die der Mengenentwicklung fest. Davon sind insbesondere Beschlüsse betroffen, die auf den 323. BA Nr. 5 verweisen. In diesen Fällen erfolgt die Rücküberführung vorbehaltlich abweichender nachgehender Beschlüsse frühestens mit einem Nachtrag nach Ablauf Quartals vor Beginn der Rücküberführung. Auf diese Art und Weise wird sichergestellt, dass Änderungen auf der bzw. durch die Bundesebene möglichst noch berücksichtigt werden können sowie Korrekturen vermieden werden (relativ fixe Rücküberführung).

Konstellation 3: Durch Beschlüsse des BA/EBA steht der Termin der Rücküberführung explizit unter dem Vorbehalt einer weiteren Beschlussfassung. Die diesbezüglichen Ziffern der Nr. 4 werden dann aufgeführt, um diesen Umstand insbesondere für zukünftige Honorarvereinbarung berücksichtigen zu können (offene Rücküberführung).

5. Den Vertragspartnern ist weiterhin bewusst, dass die Beanstandung des 426. Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 18.09.2018 Gegenstand eines Rechtsstreits beim LSG Berlin-Brandenburg unter dem Aktenzeichen L7KA47/18KL ist. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die nach einem nicht mehr anfechtbaren Urteil in diesem Rechtsstreit geltende oder herzustellende Beschlusslage rückwirkend auf die Honorarvereinbarung 2019 angewendet und insoweit - wenn notwendig - eine Rückabwicklung des Vertrages stattfindet.

6. Der 433. Bewertungsausschuss hat in seiner Sitzung am 22.01.2019 im Zusammenhang mit der Neubewertung der Leistung nach der GOP 08411 (Geburt) zum 1. Januar 2019 folgende Regelung im Teil B beschlossen:

„Aufgrund regionaler Unterschiede der Höhe der Prämien für die Berufshaftpflichtversicherung empfiehlt der Bewertungsausschuss den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene jährlich zu prüfen, ob und in welcher Höhe eine Förderung gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V über die Bewertung der GOP 08411 hinaus, vorzunehmen ist.“

Dieser Verpflichtung zur regionalen Bewertung werden die Partner dieser Vereinbarung auch unterjährig nachkommen und soweit erforderlich im Rahmen eines entsprechenden Nachtrages umsetzen.

7. Die Vertragspartner sind sich darin einig, dass die Neuregelungen der Ziffer 12 zu den verspätet eingereichten Behandlungsausweisen etabliert wurden, um die durch die Abweichung von Leistungserbringerquartal und Abrechnungsquartal bedingten etwaigen finanziellen Mehrbelastungen oder Minderbelastungen zwischen den Vertragspartnern im Bereich der EGV zu vermeiden.

Hierzu hat sich die KV Hamburg in einem 1. Schritt zur operativen Umsetzung mit Wirkung für Abrechnungsquartale ab dem 01.01.2021ff in dem in Ziffer 12 beschriebenen Umfang verpflichtet.

Ausdrücklich nicht umfasst von diesem 1. Schritt sind GOP, die im Abrechnungsquartal nach den Regelungen der Honorarvereinbarung extrabudgetär vergütet werden, für die aber neben dem Preis der regionalen Eurogebührenordnung sonstige, die Vergütungshöhe beeinflussende Regelungen existieren und Anwendung finden.

Aufgrund der ausgesprochenen Komplexität der Auswirkungen einer Einbeziehung der vorgenannten Ausnahmen in künftige Regelungen der Ziffer 12, verständigen sich die Vertragspartner auf das nachfolgende Vorgehen:

1. Die Vertragspartner werden nach erfolgter Rechnungslegung für die Quartale I-IV/2021 die Erfahrungen bzgl. der bestehenden Regelung in Ziffer 12 bewerten.
2. Die KV Hamburg wird Lösungsvorschläge erarbeiten, die eine vollständige Einbeziehung aller EGV-GOP bzgl. verspätet eingereicherter Behandlungsausweise ermöglichen soll. Hierbei sind insbesondere die Voraussetzungen einer solchen Regelung im Fremdkassenzahlungsausgleich zu berücksichtigen, da dies mit ca. 30% einen für die KV Hamburg erheblichen Anteil am Vergütungsvolumen und damit auch an den Auswirkungen einer solchen Regelung ausmacht. Darüber hinaus sind ebenfalls die Wechselwirkungen derartiger Regelungen zwischen der arztseitigen Abrechnung und der kassenseitigen Rechnungslegung zu berücksichtigen.

Auf der Grundlage der vorgenannten Bewertungen und Ergebnisse beabsichtigen die Vertragspartner, sich über eine weitergehende Regelung zu verständigen.

Anhang 1 Protokollnotiz Honorarvereinbarung 2022**Liste mit voraussichtlichen Daten der Rücküberführung von EGV-Leistungen aus Ziffer 4 der Honorarvereinbarung**

Laufende Nummer	Kurzbeschreibung Nennung der betreffenden GOP und Verortung in Ziffer 4 des Honorarvertrags	Änderung Datum und Art der voraussichtlichen Änderung	Beschluss-Nr.	Kennzeichnung Gemäß Beschreibung in Nr. 4 der Protokollnotiz: 1 = Fixe Rücküberführung 2 = Relativ fixe Rücküberführung 3 = Offene Rücküberführung
1	Ziffer 4.41 - Verordnung von Sozialtherapie - GOP 30810 und 30811	01.10.2022 - Eindeckelung	416. BA i.V.m. 451. BA, 470. BA und 516. BA	2
2	Ziffer 4.53 - Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung - GOP 35151 und 35152	Eindeckelung	407. BA	3
3	Ziffer 4.57 - Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung - Abschnitt 37.3 EBM	Eindeckelung	408. BA	3
4	Ziffer 4.70 - Versorgungsplanung nach § 132g Abs. 3 SGB V - GOP 37400	Eindeckelung	430. BA Teil B	3
5	Ziffer 4.87 - Gabe von Velmanase alfa oder Sebelipase alfa - GOP 01514	01.07.2023 - Eindeckelung	454. Ba i.V.m. 562. BA	2
6	Ziffer 4.88 - Videofallkonferenz und Authentifizierung - GOP 01442	01.10.2022 - Eindeckelung	453. BA Teil B i.V.m 570. BA Teil B	2

Honorarvereinbarung 2022

7	Ziffer 4.89 - Humangenetische Leistungen - GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236	01.01.2023 - Eindeckelung	372. BA i.V.m. 448. BA	1
8	Ziffer 4.43 - Humangenetische Leistungen - EBM-Abschnitt 19.4.2	01.07.2023 - Eindeckelung	372. BA i.V.m. 448. BA	1
9	Ziffer 4.95 - Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus - GOP 32866	01.04.2022 - Eindeckelung	487. BA Teil B	2
10	Ziffer 4.99 - Gabe von Siponimod - GOP 01517	Eindeckelung oder Überführung in andere GOP	512. BA Teil B	3
11	Ziffer 4.104 - vertragsärztliche und sektorenübergreifende Telekonsile gem. der Telekonsilien-Vereinbarung - GOP 01670 bis 01672	Eindeckelung	60. EBA	3
12	Ziffer 4.108 - Anwendung des Arzneimittels Hepcludex® - GOP 32855 bis 32857	01.04.2023 - Eindeckelung	549. BA Teil B	1
13	Ziffer 4.110 - Zusatzpauschale Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA somnio - GOP 01471	01.01.2023 - Eindeckelung	70. EBA Teil E	2
14	Ziffer 4.111 - Elektronische Patientenakte - GOP 01431 und 01647	01.01.2023 - Eindeckelung	69. EBA Teil B	2

15	Ziffer 4.113 - Laboruntersuchung auf Antikörper gegen Sebelipase alfa - GOP 32481	01.07.2023 - Eindeckelung	562. BA Teil B	2
16	Ziffer 4.115 - Kryokonservierung - EBM-Abschnitts 8.6 und der Kostenpauschalen des EBM-Abschnitts 40.12	Eindeckelung	562. BA Teil B	3
17	Ziffer 4.116 - Interstitielle LDR-Brachytherapie - GOP 25335 und 25336	Eindeckelung	566. BA Teil B	3
18	Ziffer 4.117 - Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe bzw. Kardiorespiratorische Polomnographie - GOP 30900, 30901, 30902 und 30905	01.10.2023 - Eindeckelung	567. BA Teil B	2
19	Ziffer 4.118 (1) - Probatorische Sitzungen im Gruppensetting - GOP 35163 bis 35169	Eindeckelung	567. BA Teil B	3
20	Ziffer 4.118 (2) - Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung - GOP 35173 bis 35179	Eindeckelung	567. BA Teil B	3
21	Ziffer 4.118 (3) - GOP 01410 und 01413 im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gemäß § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie	01.10.2023 - Eindeckelung	567. BA Teil B	2
22	Ziffer 4.83 - HIV-Präexpositionsprophylaxe - Abschnitt 1.7.8 EBM	01.01.2023 - Eindeckelung	570. BA	2
23	Ziffer 4.84 - Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA - GOP 32850	01.01.2023 - Eindeckelung	570. BA	1

Honorarvereinbarung 2022

24	Ziffer 4.88 - Videofallkonferenz und Authentifizierung - GOP 01442	01.10.2022 - Eindeckelung	570. BA	2
25	Ziffer 4.119 - Biomarkerbasierter Test sowie Untersuchung auf Mikrosatelliteninstabilität - GOP 19506	01.10.2023 - Eindeckelung	570. BA Teil C	2