

Zwischen

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

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER GEK
- 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 der folgende

## **1. Nachtrag**

zur

# **Honorarvereinbarung 2017**

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitlich vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2017“ Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

**Hinweis:** Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).

Die Honorarvereinbarung 2017 erhält mit Wirkung ab dem 01.01.2017 die nachfolgende Fassung.

**Hamburg, den 09.11.2016**

.....  
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

Zwischen

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

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird die folgende

## **Honorarvereinbarung 2017**

in der Fassung des 1. Nachtrages  
vom 09.11.2016

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitlich vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2017“ Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

## Präambel

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

### **1. Regionale Gebührenordnung**

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

### **2. Regionaler Punktwert**

Der Punktwert zur Berechnung der regionalen EUR-Gebührenordnung (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung) beträgt 10,7493 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 2,083 % (0,2193 Cent) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 10,5300 Cent als Orientierungswert.

### **3. Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)**

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

3.1. Ausgangspunkt für die Berechnung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs ist die Feststellung des insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV Hamburg für das Vorjahresquartal basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß Ziffer 2.2.1.1 des 383. BA.

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

3.3.

(1) Zur Berücksichtigung der im Vergleich mit den Vorjahresquartalen geänderten Abgrenzung morbiditätsbedingter von extrabudgetärer Gesamtvergütung ist

Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.2. gemäß den Vorgaben des 383. BA, Ziffer 2.2.1.2 i.V.m. dem 382. BA („Abgrenzungsbeschluss“) anzupassen.

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

- Mit Wirkung für das I. Quartal 2017 Leistungen nach der Ziffer 4.41. („Verordnung von Soziotherapie“, GOP 30800, 30810, 30811). Die KV-spezifische Abstufungsquote wird abweichend vom 383. BA Ziffer 2.2.1.2 auf 1,0 festgesetzt.

3.4. Zur Berücksichtigung der Empfehlung des 378. BA zur Finanzierung der Höherbewertung der GOP 34291 zum 01.10.2016 wird die Nr. 4 der vorgenannten Empfehlung wie folgt umgesetzt: Die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird im Zeitraum vom 1. Quartal 2017 bis zum 3. Quartal 2017 um den Mehrbedarf von 92 Punkten für jede tatsächlich in der Satzart ARZTRG87aKA\_IK des entsprechenden Vorjahresquartals enthaltene GOP 34291 erhöht.

3.5. Im Anschluss daran erfolgt gemäß Ziffer 2.2.1.3 des 383. BA für das jeweilige aktuelle Abrechnungsquartal der Abzug von Bereinigungsbeträgen aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V von dem festgestellten, bereinigten Behandlungsbedarf gem. Ziffer 3.4. dieser Vereinbarung.

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

3.7.

(1) Der gemäß Ziffer 3.1. festgestellte und gemäß Ziffer 3.2. bis 3.6. angepasste Behandlungsbedarf wird gemäß Ziffer 2.2.2 des 383. BA unter Berücksichtigung der Prüfergebnisse nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt. Dabei wird sichergestellt, dass die dort in Bezug genommenen ARZTRG87aKA-Satzarten des Vorjahresquartals entsprechend der geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Abrechnungsquartal angepasst werden.

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

(3) Der aufgeteilte Behandlungsbedarf wird für jede betroffene Krankenkasse gemäß Nr. 4.7 Ziffer 7 des 372. BA um die voraussichtlichen Bereinigungsvolumina der

jeweiligen Kasse erhöht. Die Summe der Erhöhung darf maximal dem Abzug in Ziffer 3.6. entsprechen.

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

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

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

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

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

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

3.11.

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

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

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

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

### 3.12.

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

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

(2) Zur kassenseitigen Umsetzung dieser Förderung werden die o. g. Einzelbeträge gleichmäßig auf die vier Quartale 2017 aufgeteilt. Die quartalsbezogenen Einzelbeträge werden anhand der kassenindividuellen Inanspruchnahme der o. g. geförderten Leistungen im Vorjahresquartal (gemäß ARZTRG87aKA\_IK-Datensätzen) auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt. Der so ermittelte quartalsbezogene kassenspezifische Steigerungsbetrag wird durch den regionalen Punktwert gemäß Ziffer 2 dividiert und dem nach Maßgabe der Ziffern 3.1. bis 3.11. ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarf hinzuaddiert. Die so entstehende Steigerung des Behandlungsbedarfs ist basiswirksam für die Jahre ab 2018.

3.13. Der sich bei Anwendung der Regelungen in § 87a Absatz 4a Sozialgesetzbuch (SGB V) ergebende Betrag beträgt 4,2 Mio EUR („Konvergenz“). Die basiswirksame Erhöhung der MGV erfolgt schrittweise in Höhe von 2,1 Mio EUR für 2017 und weiteren 2,1 Mio EUR für 2018. Für die basiswirksame Erhöhung des Behandlungsbedarfs werden die vorgenannten Beträge gleichmäßig auf die vier Quartale des Jahres 2017 bzw. 2018 verteilt. Die sich ergebenden Quartalswerte werden nach dem Aufteilungsschlüssel gemäß Ziffer 3.7 Absatz 1 dieser Vereinbarung auf die Kassen aufgeteilt und anschließend durch den regionalen Punktwert nach Ziffer 2 dividiert. Die sich hieraus ergebenden kassenspezifischen Punktzahlvolumina werden zu dem Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.12 hinzuaddiert. Die Partner dieser Vereinbarung werden diese Regelung zur basiswirksamen Umsetzung im Jahre 2018 entsprechend in der Honorarvereinbarung 2018 fortschreiben.

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

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

#### **4. Extrabudgetär vergütete Leistungen**

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

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

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

4.3. Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

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

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

4.6. Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

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

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

4.9. Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:

01510X bis 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08540 bis 08542, 08540X bis 08542X, 08550 bis 08552, 08550X bis 08552X, 08560, 08560X, 08561, 08561X, 08570 bis 08574, 08570X bis 08574X, 11301X, 11302X, 11351X, 11352X, 31272X,



31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X und 36822X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X und 32781X.

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

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

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

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

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

4.14. unbesetzt,

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

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

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

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

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

4.20. Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882,

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

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

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

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

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

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

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

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

4.29.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.38.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **5. Zuschläge auf besonders förderungswürdige Leistungen**

Für Leistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.2 und 1.7.4 des EBM exklusive der Leistungen nach den Ziffern 4.4., 4.5. und 4.22. dieses Vertrages wird ein Zuschlag in Höhe von 0,0783 Cent auf den regionalen Punktwert nach Nr. 2. gezahlt.

## **6. Wegepauschalen**

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

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

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

3,53 EUR (Abrechnungsnummer: 97234);

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

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97235);

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

10,14 EUR (Abrechnungsnummer: 97236);

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

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97237);

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

10,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97238);

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

14,55 EUR (Abrechnungsnummer: 97239);

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

11,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97160);

- h) Pauschale für einen Besuch nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als

erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

16,32 EUR (Abrechnungsnummer: 97161).

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

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

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

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

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

## **7. Belegärztliche Leistungen**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.

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

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

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

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

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

- c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Krankenkassen ein Betrag von 3,07 EUR pro Patient und 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**

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

## **9. Sachlich-rechnerische Berichtigungen**

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

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



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

## **11. Kostenerstattung**

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

## **12. Verspätet eingereichte Behandlungsausweise**

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

## **13. Sonstiges**

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

**Hamburg, den 09.11.2016**

**Honorarvereinbarung 2017 vom 25.04.2016**

**Anlage 1**

**zur Honorarvereinbarung 2017**

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

wird noch ausgeführt

**Honorarvereinbarung 2017 vom 25.04.2016**

**Anlage 2**

**zur Honorarvereinbarung 2017**

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

|    |   |
|----|---|
| 1. | Vereinbarter bereinigter Leistungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im entsprechenden Quartal 2016 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien) |
| 2. | Addition der Summe der kassenspezifischen Ausdeckelungsbeträge des jeweiligen Vorjahresquartals aufgrund der Höherbewertung Psychotherapie inkl. der Änderungen durch den 382. BA-Beschluss (mit Ausnahme des 1. Quartals 2017) gemäß Ziffer 3.2 der Honorarvereinbarung  |
| 3  | Anpassung auf geänderte MGV/EGV-Abgrenzung:<br>Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3. der Honorarvereinbarung  |
| 4. | Im 1. bis 3. Quartal 2017 Anpassung aufgrund Ziffer 3.4. der Honorarvereinbarung:<br>(Summe der Abrechnungsfrequenzen der GOP 34291 im entsprechenden Quartal 2016 gemäß Satzart ARZTRG87aKA_IK für alle Kassen)<br>* 92 Punkte   |
| 5. | Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung 2017 (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.5. der Honorarvereinbarung  |
| 6. | Abzug Summe der voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.6. der Honorarvereinbarung  |
| 7. | Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten<br>= 1 + 2 – 3 + 4 ± 5 - 6  |

**Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf**

|     |   | a) GKV-weit | b) Einzelkasse |
|-----|---|-------------|----------------|
| 8.  | <p>Abgerechnete Leistungsmenge im entsprechenden Quartal 2016 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“.</p> <p>Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen.</p> <p>Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert.</p> |             |                |
| 9.  | Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle)   |             |                |
| 10. | Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 3. genannten Leistungen im entsprechenden Quartal 2016 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)   |             |                |
| 11. | <p>Angepasste Leistungsmenge in Punkten</p> <p>= 8 – 9 – 10</p>   |             |                |
| 12. | <p>Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf in Prozent</p> <p>= 11b / 11a</p>   |             |                |
| 13. | <p>Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten</p> <p>= 7* 12</p>   |             |                |

|     |  |  |  |
|-----|--|--|--|
| 14. | Hinzuzaddieren des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht gemäß Ziffer 3.7. der Honorarvereinbarung |  |  |
|-----|--|--|--|

### Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

|     |   |
|-----|---|
| 15. | <p>Anpassung Versichertenzahl:</p> <p>= (13 + 14)<br/> / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des entspr. Quartals 2016)<br/> * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des entspr. Quartals 2017)</p>  |
| 16. | <p>Subtraktion der fortentwickelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Psychotherapie gemäß Ziffer 2.2.3 des 383. BA bzw. Ziffer 3.8 der Honorarvereinbarung:</p> <p>= 15-<br/> [Kassenspezifischer Anteil aus 2<br/> / (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des entspr. Quartals 2016)<br/> * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des entspr. Quartals 2017)]</p> |
| 17. | <p>Bis 30.06.2017:<br/> Abzug aufgrund der Überarbeitung der humangenetischen Leistungen gemäß Ziffer 3.9. der Honorarvereinbarung</p> <p>= 16 - Punktzahl Absenkung</p>  |
| 18. | <p>Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate (gem. Ziffer 3.10. der Honorarvereinbarung):</p> <p>= 17 + (17 * 0,2301 %)</p>   |
| 19. | <p>Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.:</p> <p>= 18<br/> + [(auf das aktuelle Abrechnungsquartal aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten)<br/> * (ANZVER87a_IK im entsprechenden Quartal 2017 – ANZVER87a_IK im entsprechenden Quartal 2016)]</p>   |
| 20. | <p>Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen gemäß Ziffer 3.11 (Abs. 2 bis 4) der Honorarvereinbarung (negativ oder positiv)</p>   |
| 21. | <p>Berücksichtigung des kassenspezifischen Punktzahlvolumens aufgrund der Überführung der Fördersumme von 7 Mio. Euro in die MGV gemäß Ziffer 3.12</p>  |

|     |   |
|-----|---|
|     | der Honorarvereinbarung   |
| 22  | Berücksichtigung des kassenspezifischen Punktzahlvolumens aufgrund der Regelung nach § 87a Abs. 4a SGB V („Konvergenz“) gemäß Ziffer 3.13 der Honorarvereinbarung |
| 23. | Multiplikation mit dem regionalen Punktwert gem. Ziffer 2. der Honorarvereinbarung:<br><br>$= (19 + 20 + 21 + 22) * 0,107493$ = Kassenspezifische MGV in Euro     |

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