

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 2019

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitlich vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2019“ Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Präambel

Diese Vereinbarung basiert auf den Beschlüssen des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses, im Folgenden EBA bzw. BA genannt. Vorgaben und/oder Empfehlungen gemäß 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 10,9813 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 1,466 % (0,1587 Cent) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 10,8226 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 403. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und etwaigen Folgebeschlüssen des BA bzw. EBA (im Folgenden „Aufsatzwertebeschluss“) ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals und dem Punktwert nach Ziffer 2. Die Berechnung erfolgt für jedes Quartal des Jahres 2019 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 3.1. gemäß den Vorgaben des Aufsatzwertbeschlusses, Ziffer 2.2.1.2 i. V. m. dem 425. BA in seiner Sitzung am 21. August 2018 („Abgrenzungsbeschluss“) anzupassen.

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

1. Mit Wirkung vom 01.01.2019 bis einschließlich 31.12.2019 (Quartale 1 - 4/2019) in Umsetzung des 407. BA (schriftliche Beschlussfassung) werden die Punktmengen der Leistungen nach der Ziffer 4.54 der Honorarvereinbarung 2018 und damit die GOP 22220 und 23220 EBM („Psychotherapeutische Gespräche – Einzelbehandlung“) zugesetzt. Die KV-spezifische Abstufungsquote wird nicht auf 1,0 festgesetzt.
2. Mit Wirkung vom 01.01.2019 bis 31.03.2019 (Quartal 1/2019) wird die Punktmenge der Leistungen nach der Ziffer 4.64. („Verordnung von medizinischer Rehabilitation“, GOP 01611 EBM) abgezogen. Die KV-spezifische Abstufungsquote wird gem. des 416. BA Teil B abweichend vom 383. BA, geändert durch den 401. BA, Ziffer 2.2.1.2 auf 1,0 festgesetzt.
3. Mit Wirkung vom 01.01.2019 bis 31.03.2019 (Quartal 1/2019) werden die Punktmengen der Leistungen nach der GOP 30800 EBM gem. der Ziffer 4.41 („Verordnung von Soziotherapie“) der Honorarvereinbarung 2018 nach Maßgabe des 45. EBA in Verbindung mit dem Aufsatzwertbeschluss in die MGV überführt. Die KV-spezifische Abstufungsquote wird gem. des 45. EBA abweichend vom Aufsatzwertbeschluss Ziffer 2.2.1.2 auf 1,0 festgesetzt.
4. Mit Wirkung vom 01.01.2019 bis 30.06.2019 (Quartale 1/2019 bis 2/2019) in Umsetzung des 54. EBA Teil B für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der GOP 32151, 32720 bis 32727, 32750, 32759 bis 32763, 32772 und 32773 werden dem Behandlungsbedarf der vorgenannten Abrechnungsquartale jeweils 318.124 Punkte zugesetzt.
5. Mit Wirkung vom 01.01.2019 bis 30.09.2019 (Quartale 1/2019 bis 3/2019) in Umsetzung des 417. BA Teil B für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der GOP 01624 werden dem Behandlungsbedarf der vorgenannten Quartale jeweils 105.665 Punkte zugesetzt.
6. Mit Wirkung vom 01.10.2019 bis 30.09.2020 (Quartal 4/2019 bis 3/2020) in Umsetzung des 408. BA (schriftliche Beschlussfassung) werden die Punktmengen der Leistungen der Honorarvereinbarung 2018 und 2019 nach der Ziffer 4.56. Leistungen nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM

(„Palliativmedizinische Versorgung“) zugesetzt. Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird nicht auf 1,0 festgesetzt.

3.3.2

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

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

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

- (4) Die Förderung beginnt im 3. Quartal 2018 und dauert längstens bis zum Ablauf des 2. Quartals 2021. Dabei werden nicht in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführte Beträge von Quartal zu Quartal tradiert. Wird das Fördervolumen früher ausgeschöpft, endet der Förderzeitraum zu diesem Zeitpunkt. Sofern nach Ablauf des Förderzeitraums noch Mittel im Fördertopf vorhanden sind, werden die Partner dieser Honorarvereinbarung gemeinsam über deren Verwendung beraten.
- (5) Die Förderung bezieht sich auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Die Honorierung der Kinderärzte, die das Ziel der Förderung erreichen, bestimmt sich ausschließlich nach den Regelungen des Verteilungsmaßstabes. Ein Anspruch von Kinderärzten auf eine unmittelbare Vergütung aus dem Fördervolumen ist ausgeschlossen.
- (6) Das Förderziel besteht in einer Steigerung des Versorgungsanteils von Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres in Höhe von 25% gegenüber dem Vorjahresquartal je Kinderarzt. Indikator dafür ist die Abrechnungsfrequenz der GOP 04001. Soweit im Vorjahr die GOP 04001 nicht abgerechnet wurde, wird das Förderziel erreicht, wenn die GOP mindestens einmal abgerechnet wird. In Fällen der Übernahme eines bestehenden Vertragsarztsitzes wird zur Beurteilung der Erreichung des Versorgungszieles die Abrechnungsfrequenz der GOP 04001 des übernommenen Vertragsarztsitzes aus dem Vorjahresquartal herangezogen.
- (7) Erreicht ein Kinderarzt dieses Ziel, so wird der für ihn im Quartal, in welchem das Förderziel erreicht wird, festgestellte Honoraranspruch unter Beachtung von Absatz 8 in Höhe des Anteils, der auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entfällt, in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gem. Absatz 3 dieser Ziffer überführt.
- (8) Insofern eine Förderung im Vorjahresquartal für denselben Kinderarzt bereits erfolgte, findet eine Förderung nur dann statt, wenn das Ziel nach Absatz 6 vom jeweiligen Kinderarzt in den letzten 4 vorangegangenen Quartalen erreicht wurde. In diesen Fällen wird dessen Honoraranspruch unabhängig von der Abrechnungsfrequenz der GOP 04001 in den folgenden Quartalen nur noch so weit für die Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung herangezogen, wie er den Honoraranspruch im entsprechenden Vorjahresquartal überschreitet und Fördermittel gemäß Absatz 1 zur Verfügung stehen.
- (9) Der Nachweis des Erreichens des Förderziels wird von der KVH gegenüber den Krankenkassen in Form einer tabellarischen Übersicht gem. Anlage 4 geführt. Diese beinhaltet eine aggregierten Darstellung der Abrechnungsergebnisse der jeweiligen Ärzte unter Angabe der LANR, die Abrechnungsfrequenzen der GOP 04001 im aktuellen und Vorjahresquartal sowie die quartalsbezogene Darstellung des Leistungsbedarfs innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Vergütung dieser Leistungen.

- (10) Endet die vertragsärztliche Tätigkeit eines Kinderarztes, dessen Erreichen des Förderziels zu einer Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung beigetragen hat, ohne dass eine Nachbesetzung seines Arztsitzes stattfindet, so wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um die entsprechenden Erhöhungsanteile bereinigt.

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

3.5

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

3.5.2 Mit Wirkung vom 01.01.2019 bis 30.09.2019 (Quartale 1/2019 bis 3/2019) in Umsetzung des 423. BA Teil C für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der GOP 19317 werden dem Behandlungsbedarf der vorgenannten Quartale jeweils 22.625 Punkte zugesetzt.

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

3.6.1 Der gemäß Ziffer 3.1 festgestellte und gemäß Ziffer 3.2 bis 3.5, mit Ausnahme von Ziffer 3.3.2, angepasste Behandlungsbedarf wird gemäß Ziffer 2.2.2 des Aufsatzwertbeschlusses 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 NN

3.6.3 Der gem. 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 Aufsatzwertbeschlusses zur Berücksichtigung der Änderungen in der Versichertenzahl anzupassen.

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

3.7.2 Der kassenspezifische Behandlungsbedarf gemäß Ziffer 3.6.3 wird aufgrund der Höherbewertung der antragspflichtigen Psychotherapieleistungen durch den 43. EBA (Sitzung vom 22.09.2015) in Verbindung mit dem 380. BA (schriftliche Beschlussfassung) erhöht. Die kassenspezifisch hinzuzusetzenden Punktmengen werden quartalsbezogen nach den vorgenannten Vorgaben in Nr. 8. und 9. des Beschlusses Teil B berechnet.

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

Die Berücksichtigung der Morbiditätsveränderung gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V erfolgt gem. des Aufsatzwertbeschlusses. Dabei erfolgt die Gewichtung der gemäß des 430. BA-Beschluss (Sitzung am 12.12.2018) berechneten Veränderungsrate zu 50 % anhand der Demografie $-0,3743\% * 50\% = -0,18715\%$ und zu 50 % anhand der Diagnosen $(-0,1951\% * 50\% = -0,09755\%)$. Der Aufsatzwert wird damit um 0,2847 % abgesenkt.

3.9

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

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

3.10 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 BA gem. § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V begründet werden. Insoweit eine Nachschusspflicht nach § 87a Abs. 3 S. 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 Hautkrebscreenings nach der GOP 01745, 01746,

4.6 Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

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

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

4.9 Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP: 01510X bis 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X,

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

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

4.10 Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den GOP 01949 bis 01952 sowie nach der GOP 01960,

4.11 Excisionen beim Hautkrebsscreening nach den GOP 10343 und 10344,

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

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

4.14 NN

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

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

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

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

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

Virus),

4.20 Die Laborpauschalen nach den GOP 32880 bis 32882 „Laborleistungen im Zusammenhang mit der GOP 01732 EBM“,

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

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

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

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

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

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

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

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

4.29

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

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

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

4.30 NN

4.31 Leistung gemäß GOP 34601 (Osteodensitometrische Untersuchung II),

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

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

4.34 NN

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

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

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

4.38

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

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

(3) Die GOP 99315 kann nur von Fachärzten für Urologie abgerechnet werden,

die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der „Onkologie-Vereinbarung“ verfügen. Die Leistungsinhalte, Abrechnungsbestimmungen und Abrechnungsausschlüsse der GOP 26315 EBM gelten ebenso für die GOP 99315.

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

4.39 Leistungen der Rheumatologie nach den GOP 13690 bis 13692,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.49 die GOP 01450 EBM („Videosprechstunde“),

4.50 NN

- 4.51** die GOP 34800, 34810, 34820 und 34821 („Telekonsile“),
- 4.52** die GOP 03355, 04590 und 13360 EBM („kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM)“),
- 4.53** die GOP 35151 und 35152 EBM („Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung“),
- 4.54** NN
- 4.55** Leistungen nach den GOP 01702 und 01703 („Pulsoxymetrie-Screening“),
- 4.56** bis 30.09.2019 Leistungen nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM („Palliativmedizinische Versorgung“),
- 4.57** Leistungen nach dem Abschnitt 37.3 EBM („besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“),
- 4.58** Leistungen nach den GOP 02325 bis 02328 („Epilation mittels Laser“),
- 4.59** Leistungen nach den GOP 01460, 01461 und 01626 (Verordnung von Cannabis),
- 4.60** Leistungen nach den GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943 und 32948 bis 32949 (HLA-Antikörperdiagnostik),
- 4.61** die GOP 08312, 08313, 26316 und 26317, die Kostenpauschale 40161 sowie die GOP 08311, 26310 und 26311, die in derselben Sitzung mit den Gebührenordnungspositionen 08312 oder 26316 erbracht werden (transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin),
(Die Kennzeichnung von Zystoskopien nach den Gebührenordnungspositionen 08311, 26310 und 26311 bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin nach den Gebührenordnungspositionen 08312 bzw. 26316 durchgeführt wird, erfolgt anhand bundeseinheitlich kodierter Zusatzkennzeichen.)
- 4.62** die GOP 01640, 01641 und 01642 („Notfalldatenmanagement“),
- 4.63** Kostenpauschalen 86900 (Versendung e-Arztbrief) und 86901 (Empfangen e- Arztbrief) gemäß der Richtlinie über die Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291f SGB V,
- 4.64** Leistungen nach der GOP 01611 („Verordnung von medizinischer Rehabilitation“),
- 4.65** Leistungen nach den GOP 32459 („Procalcitonin (PCT)“), 32774 und 32775 („Zuschläge für die Durchführung von phänotypischen Bestätigungstesten“),

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 Gebührenordnungsposition 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 Qesü-RL, nosokomiale Infektionen“).

5. Zuschläge auf besonders förderungswürdige Leistungen

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

Zur Begründung wird darauf verwiesen, dass die Zahl der Patienten mit allergischen Erkrankungen weltweit, vor allem in den Industrienationen, zunimmt. Experten schätzen, dass nur etwa 10 % der allergischen Patienten entsprechend den aktuellen Leitlinien behandelt werden. Zudem ist die Behandlung sehr langwierig und dauert 3 Jahre. Durch das Abstellen auf den Abschluss der 3jährigen Behandlung wird gleichzeitig die Wirtschaftlichkeit gefördert, da sichergestellt wird, dass die 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 Vertragspartner ist bewusst, dass ein Anstieg der Gesamtzahl von allergischen Patienten im Gegensatz zu einem gleichzeitig unterproportionalen Anteil von Patienten, die eine spezifische Immuntherapie erhalten, existiert. Infolge dessen könnten zusätzliche Kosten im Gesundheitswesen durch die Progredienz der Erkrankungen entstehen, z.B. durch eine Zunahme des allergischen Asthmas.³ Ebenso ist die medikamentöse Behandlung allergische Symptome unter Kostengesichtspunkten zu berücksichtigen und unter medizinischen Gesichtspunkten mit Blick auf mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten ggf. problematisch.

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

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

erfolgreich zu Ende geführt werden.

6. Wegepauschalen

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

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

- a) Pauschale für Besuche nach den GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:
3,53 EUR (Abrechnungsnummer: 97234);
- b) Pauschale für Besuche nach den GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:
6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97235);
- c) Pauschale für Besuche nach den GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:
10,14 EUR (Abrechnungsnummer: 97236);
- d) Pauschale für Besuche nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:
6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97237);
- e) Pauschale für Besuche nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:
10,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97238);
- f) Pauschale für Besuche nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:
14,55 EUR (Abrechnungsnummer: 97239);
- g) Pauschale für einen Besuch nach den GOP 01410 oder 01414 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

11,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97160);

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

16,32 EUR (Abrechnungsnummer: 97161).

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

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

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

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

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

7. Belegärztliche Leistungen

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

7.1. Dem anerkannten Belegarzt werden die Visiten im Krankenhaus je Patient nach der GOP 01414 vergütet. Beim jeweils ersten Aufsuchen der Belegklinik am Behandlungstag wird zusätzlich für den ersten visitierten Patienten die

entsprechende Wegepauschale nach Nr. 6. vergütet. Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung von Besuchen ausgeschlossen.

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

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

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

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

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

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

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

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.

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

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

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

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

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

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

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

8. Rechnungslegung

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

9. Sachlich-rechnerische Berichtigungen

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

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

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

11. Kostenerstattung

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

12. Verspätet eingereichte Behandlungsausweise

Verspätet eingereichte Behandlungsausweise werden dem Quartal des Zeitpunktes der Einreichung zugerechnet, mit den Behandlungsausweisen des Abrechnungsquartals zusammengeführt und nach den Bestimmungen des Verteilungsmaßstabes vergütet, die zum Zeitpunkt der Einreichung gelten. Dies gilt nicht, soweit hinsichtlich der abgerechneten Leistungen zwischenzeitlich Änderungen des EBM bzw. der Vergütungsstruktur und –höhe erfolgt sind. Insoweit erfolgt die Vergütung zu den Bedingungen des Abrechnungsquartals der 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 23.11.2018

.....
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 2019 vom 23.11.2018

Anlage 1
zur Honorarvereinbarung 2019

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

wird noch ausgeführt

Honorarvereinbarung 2019 vom 23.11.2018

**Anlage 2
zur Honorarvereinbarung 2019**

Quartal 1/2019

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2019 in Hamburg

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im Quartal 1/2018 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	3.2	NN
3.	3.3.1	Berücksichtigung des Abgrenzungsbeschlusses im Rahmen des Aufsatzwertebeschlusses gem. Ziffer 2.2.1.2 Abzug bzw. Erhöhung der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 1 bis 5 der Honorarvereinbarung
4.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung
5.	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5.1 der Honorarvereinbarung
6.	3.5.2	Hinzusetzen der Summe des zu erwartenden Mehrbedarfs der GOP 19317 gem. Ziffer 3.5.2 der Honorarvereinbarung in Höhe von 22.625 Punkten
7.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 ± 2 ± 3 ± 4 - 5 + 6

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung	a) GKV- weit	b) Einzel- kasse
8.	3.6.1	<p>Abgerechnete Leistungsmenge im Quartal 1/2018 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.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle)		
10.	3.6.1	<p>Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 3 nach Ziffer 3.3.1 der Honorarvereinbarung (ohne Ziffer 3.3.1 Nr. 4 und 5) genannten Leistungen im Quartal 1/2018 in Punkten</p> <p>(Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)</p>		
11.		<p>Angepasste Leistungsmenge in Punkten</p> <p>= 8 – 9 ± 10</p>		

12.		Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf = 11b / 11a		
13.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = 7 * 12		
14.	3.6.3	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht = 13 + kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

15.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: = 14 / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des Quartals 1/2018) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 1/2019)		
16.	3.7.2	Addition der basiswirksamen Erhöhungsbeträge aufgrund der Umsetzung des 43. EBA iVm. 380. BA zur „Nachvergütung Psychotherapie“ gem. Ziffer 3.7.2 dieser Honorarvereinbarung = 15 + [kassenspezifischer Erhöhungsbetrag gem. Ziffer 3.7.2]		
17.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = 16 + (16 * - 0,2847 %)		
18.	3.9.1	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 17 + [(auf das Abrechnungsquartal 1/2019 aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten) * (ANZVER87a_IK im Quartal 1/2019 – ANZVER87a_IK im Quartal 1/2018)]		
19.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)		

20.	2.	<p>Multiplikation mit dem regionalen Punktwert:</p> <p>= $(18 \pm 19) * 0,109813$ = Kassenspezifische MGV in Euro</p>
-----	----	---

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

Honorarvereinbarung 2019 vom 23.11.2018

**Anlage 2
zur Honorarvereinbarung 2019**

Quartal 2/2019

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2019 in Hamburg

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im Quartal 2/2018 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	3.2	NN
3.	3.3.1	Berücksichtigung des Abgrenzungsbeschlusses im Rahmen des Aufsatzwertbeschlusses gem. Ziffer 2.2.1.2 Abzug bzw. Erhöhung der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 1 ,4 und 5 der Honorarvereinbarung
4.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung
5.	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5.1 der Honorarvereinbarung
6.	3.5.2	Hinzusetzen der Summe des zu erwartenden Mehrbedarfs der GOP 19317 gem. Ziffer 3.5.2 der Honorarvereinbarung in Höhe von 22.625 Punkten
7.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 ± 2 ± 3 ± 4 - 5 + 6

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung	a) GKV- weit	b) Einzel- kasse
8.	3.6.1	<p>Abgerechnete Leistungsmenge im Quartal 2/2018 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.	3.6.1	<p>Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle)</p>		
10.	3.6.1	<p>Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 3 nach Ziffer 3.3.1 der Honorarvereinbarung (ohne Ziffer 3.3.1 Nr. 4 und 5) genannten Leistungen im Quartal 2/2018 in Punkten</p> <p>(Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)</p>		
11.		<p>Angepasste Leistungsmenge in Punkten</p> <p>= 8 – 9 ± 10</p>		

12.		Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf = 11b / 11a		
13.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = 7 * 12		
14.	3.6.3	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht = 13 + kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

15.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: = 14 / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des Quartals 2/2018) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 2/2019)		
16.	3.7.2	Addition der basiswirksamen Erhöhungsbeträge aufgrund der Umsetzung des 43. EBA iVm. 380. BA zur „Nachvergütung Psychotherapie“ gem. Ziffer 3.7.2 dieser Honorarvereinbarung = 15 + [kassenspezifischer Erhöhungsbetrag gem. Ziffer 3.7.2]		
17.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = 16 + (16 * - 0,2847 %)		
18.	3.9.1	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 17 + [(auf das Abrechnungsquartal 2/2019 aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten) * (ANZVER87a_IK im Quartal 2/2019 – ANZVER87a_IK im Quartal 2/2018)]		
19.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)		

20.	2.	<p>Multiplikation mit dem regionalen Punktwert:</p> <p>= $(18 \pm 19) * 0,109813$ = Kassenspezifische MGV in Euro</p>
-----	----	---

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

Honorarvereinbarung 2019 vom 23.11.2018

**Anlage 2
zur Honorarvereinbarung 2019**

Quartal 3/2019

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2019 in Hamburg

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im Quartal 3/2018 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	3.2	NN
3.	3.3.1	Berücksichtigung des Abgrenzungsbeschlusses im Rahmen des Aufsatzwertbeschlusses gem. Ziffer 2.2.1.2 Abzug bzw. Erhöhung der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 1 und 5 der Honorarvereinbarung
4.	3.3.2	Berücksichtigung der aus dem Fördervolumen Kinderärzte überführten Mittel des Quartals III/2018 zur basiswirksamen MGV-Erhöhung
5.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung
6.	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5.1 der Honorarvereinbarung
7.	3.5.2	Hinzusetzen der Summe des zu erwartenden Mehrbedarfs der GOP 19317 gem. Ziffer 3.5.2 der Honorarvereinbarung in Höhe von 22.625 Punkten
7.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 ± 2 ± 3 ± 4 - 5 + 6

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung	a) GKV- weit	b) Einzel- kasse
8.	3.6.1	<p>Abgerechnete Leistungsmenge im Quartal 3/2018 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.	3.6.1	<p>Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle)</p>		
10.	3.6.1	<p>Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 3 nach Ziffer 3.3.1 der Honorarvereinbarung (ohne Ziffer 3.3.1 Nr. 5) genannten Leistungen im Quartal 3/2018 in Punkten</p> <p>(Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)</p>		
11.		<p>Angepasste Leistungsmenge in Punkten</p> <p>= 8 – 9 ± 10</p>		

12.		Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf = 11b / 11a		
13.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = 7 * 12		
14.	3.6.3	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht = 13 + kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

15.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: = 14 / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des Quartals 3/2018) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 3/2019)		
16.	3.7.2	Addition der basiswirksamen Erhöhungsbeträge aufgrund der Umsetzung des 43. EBA iVm. 380. BA zur „Nachvergütung Psychotherapie“ gem. Ziffer 3.7.2 dieser Honorarvereinbarung = 15 + [kassenspezifischer Erhöhungsbetrag gem. Ziffer 3.7.2]		
17.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = 16 + (16 * - 0,2847 %)		
18.	3.9.1	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 17 + [(auf das Abrechnungsquartal 3/2019 aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten) * (ANZVER87a_IK im Quartal 3/2019 – ANZVER87a_IK im Quartal 3/2018)]		
19.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)		

20.	2.	<p>Multiplikation mit dem regionalen Punktwert:</p> <p>= $(18 \pm 19) * 0,109813$ = Kassenspezifische MGV in Euro</p>
-----	----	---

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

Honorarvereinbarung 2019 vom 23.11.2018

Anlage 2
zur Honorarvereinbarung 2019

Quartal 4/2019

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2019 in Hamburg

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im Quartal 4/2018 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	3.2	NN
3.	3.3.1 3.3.2	Berücksichtigung des Abgrenzungsbeschlusses im Rahmen des Aufsatzwertebeschlusses gem. Ziffer 2.2.1.2 Abzug bzw. Erhöhung der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 1 und 6 der Honorarvereinbarung Berücksichtigung der aus dem Fördervolumen Kinderärzte überführten Mittel des Quartals IV/2018 zur basiswirksamen MGV-Erhöhung
4.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung
5.	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5.1 der Honorarvereinbarung
6.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 ± 2 ± 3 ± 4 - 5

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung	a) GKV- weit	b) Einzel- kasse
7.	3.6.1	<p>Abgerechnete Leistungsmenge im Quartal 4/2018 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>		
8.	3.6.1	<p>Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle)</p>		
9.	3.6.1	<p>Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 3 nach Ziffer 3.3.1 der Honorarvereinbarung genannten Leistungen im Quartal 4/2018 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)</p>		
10.		<p>Angepasste Leistungsmenge in Punkten = 7 – 8 ± 9</p>		

11.		Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf = 10b / 10a		
12.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = 6 * 11		
13.	3.6.3	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht = 12 + kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

14.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: = 13 / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des Quartals 4/2018) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 4/2019)		
15.	3.7.2	Addition der basiswirksamen Erhöhungsbeträge aufgrund der Umsetzung des 43. EBA iVm. 380. BA zur „Nachvergütung Psychotherapie“ gem. Ziffer 3.7.2 dieser Honorarvereinbarung = 14 + [kassenspezifischer Erhöhungsbetrag gem. Ziffer 3.7.2]		
16.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = 15 + (15 * - 0,2847 %)		
17.	3.9.1	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 16 + [(auf das Abrechnungsquartal 4/2019 aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten) * (ANZVER87a_IK im Quartal 4/2019 – ANZVER87a_IK im Quartal 4 /2018)]		
18.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)		

19.	2.	<p>Multiplikation mit dem regionalen Punktwert:</p> <p>= $(17 \pm 18) * 0,109813$ = Kassenspezifische MGV in Euro</p>
-----	----	---

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

Honorarvereinbarung 2019 vom 23.11.2018

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2019

Rechenweg des regionalen Punktwertzuschlags gem. Nr. 2 der Honorarvereinbarung 2019 (nach Dau, 2013; lt. BSG-Urteil 2017)

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

(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 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 $d_{\text{OPW_Differenz}}$ [cent] = OPW_{aktuell} [cent] - OPW_{Vorjahr} [cent]

6.2 Berechnung des Zuschlags basierend auf OPW_{Vorjahr} :
 $e_{\text{Zuschlag_OPW_Vorjahr}}$ [cent] = OPW_{Vorjahr} [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

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

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.

**Protokollnotiz
zur
Honorarvereinbarung 2019**

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. Es besteht Einvernehmen darüber, die Regelung nach Ziffer 3.3.2 für die Förderungszeit bzw. bis zur Ausschöpfung des Fördertopfes mit dem Ziel der Basiswirksamkeit in der MGV in den nachfolgenden Honorarvereinbarungen fortzuschreiben.

5. Die Vertragspartner treffen für alle in dieser Honorarvereinbarung umgesetzten Beschlüsse des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses, deren Umsetzung auch Zeiträume mitumfasst, die über das Jahr 2019 hinausgehen, die nachfolgenden Feststellungen und werden diese in der Protokollnotiz für die Folgejahre fortführen und unter Berücksichtigung etwaiger Folgebeschlüsse umsetzen. Dies betrifft insbesondere folgende Beschlüsse:

a) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 408. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab 01.10.2019 die Gebührenpositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurück zu überführen sind (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in der Honorarvereinbarung 2020 umgesetzt.

b) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 54. EBA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab 01.07.2021 die Gebührenpositionen 32459, 32774 und 32775 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen sind (mit Eindecklung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2020 übernommen.

c) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 416. BA (schriftliche Beschlussfassung) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.04.2020, vorbehaltlich einer anderslautenden Entscheidung des BA, die Gebührenposition 01611 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen ist (mit Eindecklung nach Nr. 2.2.1.2 „Aufsatzwertebeschluss“. Dabei wird die anzuwendende Abstufungsquote auf eins gesetzt. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2020 übernommen.

d) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 53. EBA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass bis zum 01.01.2021 die Gebührenposition 01641 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen ist, sofern die Voraussetzungen des 53. EBA Teil B Nr. 3 vorliegen. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2020 übernommen.

e) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 426. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.10.2020, vorbehaltlich einer anderslautenden Entscheidung des BA, die Gebührenpositionen 34298 und 40301 gem. Ziffer 4.66 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen sind (mit Eindecklung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2020 übernommen.

f) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 426. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.10.2020, vorbehaltlich einer anderslautenden Entscheidung des BA, die Gebührenpositionen 30210, 30212, 30216 und 30218 gem. Ziffer 4.67 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen sind (mit Eindecklung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2020 übernommen.

6. Die Honorarvereinbarung 2019 wird von den Vertragspartnern auf der Grundlage geschlossen, dass das zum Zeitpunkt der Einigung der Honorarvereinbarung im Gesetzgebungsverfahren befindliche Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) so erhebliche strukturelle Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung in Hamburg bewirken wird, dass die Nutzung von Gestaltungsspielräumen zur Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung in Hamburg durch die Partner dieser Honorarvereinbarung wenig sinnvoll erscheint. Sollte das TSVG wider Erwarten im Jahre 2019 nicht in Kraft treten, sind sich die Partner dieser Vereinbarung darüber einig, gemeinsam darüber zu verhandeln, ob und welche Gestaltungsmöglichkeiten sie für das Jahr 2019 nutzen und vereinbaren wollen.

7. 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.

8. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die in der 418. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) des BA angekündigten weiteren Beschlussfassungen zu den KV-spezifischen Kürzungsbeträgen bzgl. der Bereinigung aufgrund des Wegfalls des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste durch Übermittlung elektronischer Briefe umgesetzt werden und haben hierzu die Ziffer 3.2. der vorstehenden Honorarvereinbarung auf NN gesetzt.