

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 2020**

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitlich vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2020“ 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 11,1429 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 1,419 Prozent (0,1558 Cent) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 10,9871 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 451. Sitzung (Beschlussfassung vom 17.09.2019) 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 2020 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

3.2.1 Der Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.1 wird für das erste Quartal des Jahres 2020 gemäß des 435. BA (Sitzung vom 29.03.2019) um den erwarteten Mehrbedarf für die Höherbewertung der Gebührenordnungsposition (GOP) 06211 ggf. einschließlich Suffixe und Pseudoziffern erhöht. Der zusätzliche Behandlungsbedarf ergibt sich für das erste Quartal des Jahres 2020 durch Multiplikation der Häufigkeit der entsprechenden GOP im jeweiligen Vorjahresquartal mit zwei Punkten.

3.2.2 Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird infolge der mit der Aufnahme von Leistungen im Abschnitt 1.7.3.2.2 des EBM („Zervixkarzinomscreening“) verbundenen Einsparungen in Umsetzung des 455. BA Teil F (Sitzung am 11.12.2019) für die jeweils vier Quartale des Jahres 2020 um 519.000 Punkte abgesenkt.

3.2.3 Mit Wirkung ab 01.04.2020 bis 31.03.2021 (Quartale 2/2020 bis 1/2021) in Umsetzung des 455. BA Teil D III. (Sitzung am 11.12.2019) wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 26310 und 26313 wie folgt erhöht: Der Erhöhungsbetrag ergibt sich für die Quartale 2/2020 bis 1/2021 durch Multiplikation von 306 Punkten mit der Häufigkeit der GOP 26310 und durch Multiplikation von 31 Punkten mit der Häufigkeit der GOP 26313 im jeweiligen Vorjahresquartal sowie der KVspezifischen Abstaffelungsquote, die berechnet wird gemäß Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019 oder entsprechender Folgebeschlüsse, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen.

### 3.3

3.3.1 Zur Berücksichtigung der im Vergleich mit den Vorjahresquartalen geänderten Abgrenzung morbiditätsbedingter von extrabudgetärer Gesamtvergütung ist der Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.2 gemäß den Vorgaben des Aufsatzwertbeschlusses, Ziffer 2.2.1.2 i. V. m. dem 450. (schriftliche Beschlussfassung) BA („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 01.10.2019 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.

2. Mit Wirkung für die vier Quartale des Jahres 2020 werden in Umsetzung des 448. BA (schriftliche Beschlussfassung) die Punktmengen der Leistungen nach den GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM mit der Maßgabe bereinigt, dass die arztgruppenspezifische Auszahlungsquote der Fachgruppe Humangenetik (22) des Vorjahresquartals angewendet wird. Die KV-spezifische Auszahlungsquote wird dabei definiert als das Verhältnis des Honorars der Arztgruppe des jeweiligen Vorjahresquartals zur abgerechneten Leistungsmenge nach regionaler Euro-Gebührenordnung des jeweiligen Vorjahresquartals, jeweils in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des jeweiligen Vorjahresquartals.

Die Ermittlung der KV-spezifischen Auszahlungsquote ist entsprechend der für die TSVG-Bereinigung gefassten Beschlüsse in der 443. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zum Nachweis der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten anhand der Datei AUSZQ\_SUM\_02 vorzunehmen.

Die humangenetische Beratungsleistung nach der GOP 01841 EBM wurde, laut Beschluss Teil B der 432. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), erst zum zweiten Quartal 2019 in den EBM eingeführt. Zur Bestimmung der Leistungsmenge des Vorjahresquartals nach der GOP 01841 EBM in Ziffer 1 des anzuwendenden Verfahrens nach Nummer 2.2.1.2 ist daher für das erste Quartal 2020 eine Transkodierung erforderlich. Da die Leistungen nach der GOP 01841 EBM die Leistungen nach den GOPen 01835, 01836 und 01837 EBM substituiert haben, sollte für das erste Quartal 2020 die Leistungsmenge des Vorjahresquartals nach der

GOP 01841 EBM als die Leistungsmenge des Vorjahresquartals nach den GOPen 01835, 01836 und 01837 EBM bestimmt werden. Damit kann sichergestellt werden, dass die Vergütungsanteile, die für diese Leistungen im ersten Quartal 2019 in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung befindlich waren, zugunsten der extra-budgetären Finanzierung im ersten Quartal 2020 bereinigt werden.

3. Mit Wirkung ab 01.04.2020 bis 31.03.2021 (Quartale 2/2020 bis 1/2021) in Umsetzung des 455. BA Teil D I. (Sitzung am 11.12.2019) für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der GOP 01700, 01701, 01823, 01824 und 01840 (Chlamydien-Screening) sowie der Kostenpauschale 40100 werden dem Behandlungsbedarf der vorgenannten Abrechnungsquartale jeweils 992.000 Punkte zugesetzt.

### 3.3.2

(1) Die KV Hamburg hatte in einer aufwändigen wissenschaftlichen Studie im Jahr 2017<sup>1</sup> 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<sup>2</sup> maßgebliche Feststellungen getroffen.

(2) Die Krankenkassen hatten aus diesem Grunde zur Sicherstellung der kinderärztlichen Grundversorgung durch Kinderärzte in den Honorarvereinbarungen 2018/2019 nach § 87a Abs. 2 S. 3 SGB V ein Fördervolumen von einmalig 500.000 EUR zur Verfügung gestellt, um einer zu erwartenden zunehmenden Belastung des Honorarkontingents der Kinderärzte zu begegnen. Der Förderbetrag wurde gleichwertig auf die Quartale 3/2018 bis 2/2019 aufgeteilt (125.000 EUR je Quartal).

(3) Die Vertragspartner hatten vor diesem Hintergrund gleichlautende Regelungen in die Honorarvereinbarung 2018 und 2019 auf der Grundlage von § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V aufgenommen.

(4) Zwischen den Vertragsparteien besteht Einigkeit darüber, dass in jedem der genannten Quartale die Förderungsvoraussetzungen von mehreren Ärzten erfüllt worden sind und die je Quartal begrenzte Fördersumme jeweils überschritten war.<sup>3</sup> Das Fördervolumen gemäß Abs. 2 ist somit voll ausgeschöpft.

(5) Der vereinbarten Systematik in Ziffer 3.3.2 Absatz 3 dieser Regelungen in der Honorarvereinbarung 2019 folgend, sind für das Jahr 2020 noch für die verbliebenen

---

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

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

<sup>3</sup> Nachweis des vorläufigen Erreichens des Förderziels durch die KV Hamburg gegenüber den Krankenkassen in Form der tabellarischen Übersicht gemäß Anlage 4 der Honorarvereinbarungen 2018/2019.

2 Quartale (1/2020 und 2/2020) in Form einer Obergrenze für die Fördermaßnahme entsprechende Überführungen (Eindecklungen) in die MGV vorzunehmen, wie sie bereits für die Quartale 3/2019 und 4/2019 vereinbart und umgesetzt worden sind.

(6) Die damit verbundene basiswirksame Überführung in die MGV gilt zunächst bis zum Abschluss der Evaluation.

(7) Der Nachweis des Erreichens des Förderziels ist von der KVH gemäß Ziffer 3.3.2 Absatz 9 der Honorarvereinbarung 2019 erbracht worden.

(8) 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.

(9) 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.

(10) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die vorstehenden Regelungen mit Wirkung ab dem 01.01.2020 auf der Grundlage der nachfolgend beschriebenen Nummern des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 456. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beruhen und umgesetzt werden:

Nr. 3: Es ist nach § 100 Abs. 3 SGB V vom Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen am 25.04.2018 festgestellt worden, dass ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht. Um die durch die Förderung erreichte Versorgungsstruktur dauerhaft aufrecht zu erhalten, ist eine Fortführung erforderlich.

Nr. 4: Die basiswirksame Überführung des Fördervolumens in die MGV (Eindecklung) setzt die Regelungssystematik der Vereinbarung aus 2018 und 2019 fort und findet unter Nr. 4 im 456. Beschluss des Bewertungsausschusses ihre rechtliche Grundlage.

Nr. 5: Die Vertragspartner werden die Wirkungen der vorstehenden Förderung nach Vorliegen der vollständigen arzt- und kassenseitigen Abrechnungsdaten einschließlich des Quartals 2/2021 evaluieren und dabei die Vorgaben des 456. Beschlusses des Bewertungsausschusses und die wissenschaftliche Studie der KV Hamburg aus dem Jahr 2017, die Grundlage des Beschlusses des Landesausschusses und der Förderungsvereinbarung war, berücksichtigen. Die Evaluation wird durch die KV Hamburg vorbereitet, mit den Vertragspartnern abgestimmt und durchgeführt. Die Ergebnisse der

Bewertung berücksichtigen die Gesamtvertragspartner bei der Entscheidung über zukünftige Fördermaßnahmen.

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

### 3.5

3.5.1 Sofern Kassen gemäß Nr. 4.7 des 400. BA in seiner Sitzung am 31.08.2017 sowie den ergänzenden Vorgaben im 463. BA (schriftliche Beschlussfassung) („Bereinigungsbeschluss“) auf eine Bereinigung verzichten, wird der gemäß Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung festgestellte Behandlungsbedarf gemäß Nr. 4.7 Ziffer 7 des vorgenannten Beschlusses um die Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina aller betroffenen Kassen vermindert.

3.5.2 Zu dem nach 3.5.1 festgestellten Behandlungsbedarf wird in Umsetzung des 439. BA (Sitzung am 19.06.2019) und des 441. BA (Sitzung am 14.08.2019) sowie gemäß des 451. BA (Sitzung am 17.09.2019) im Jahr 2020 in jedem Quartal (Quartale 1/2020 bis 4/2020) der durch den Bewertungsausschuss bis spätestens zum 31. August des Vorjahres beschlossene prozentuale Ausgleichsbetrag des Kassenwechslereffekts unter Beachtung des Vorzeichens (positiv oder negativ) hinzuaddiert.

Der für jedes Quartal des Jahres 2020 anzuwendende prozentuale Ausgleichsbetrag beträgt +0,0690 Prozent (451. BA in der Sitzung am 17.09.2019).

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

### 3.7

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

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

3.7.1.1 Der kassenspezifische Behandlungsbedarf gemäß Ziffer 3.7.1 wird gemäß des zur Bereinigung (TSVG-Konstellationen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V) getroffenen 439. BA - Beschlussteil C - vom 19.06.2019 zuletzt geändert durch den 444. BA (schriftliche Beschlussfassung) und den 452. BA (schriftliche Beschlussfassung) sowie etwaige in Bezug auf die Bereinigung ergehende Folgebeschlüsse nach den dort getroffenen Regelungen in Nr. 1 bis 6 bereinigt.

Der Abzug der ermittelten Bereinigungsmenge erfolgt für die TSVG-Konstellationen:

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

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

1. Das aufgrund rechts- und bzw. oder bestandskräftiger Entscheidungen kassenspezifisch festgestellte Punktzahlvolumen wird im nächsterreichbaren der Leistungserbringung entsprechenden Quartal vor Anwendung der Ziffer 3.8 dieser Honorarvereinbarung dem kassenspezifisch ermittelten Aufsatzwert zugesetzt.
2. Hierbei ist die vorgenannte Punktzahlmenge mit der bei der Bereinigung angewandten arztgruppenspezifischen Auszahlungsquote zu multiplizieren.

3. Ferner sind die jeweiligen für die entsprechenden Quartale vom Zeitpunkt der Bereinigung bis zur Korrektur erfolgt

a) Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie

b) die basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des BA bzw. EBA zu berücksichtigen.

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

Die Berücksichtigung der Morbiditätsveränderung gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V erfolgt gemäß des Aufsatzwertbeschlusses. Dabei erfolgt die Gewichtung der gemäß des 441. BA-Beschluss (Sitzung am 14.08.2019) berechneten Veränderungsraten zu 50 Prozent anhand der Demografie ( $-0,3973\% * 50\% = -0,19865\%$ ) und zu 50 Prozent anhand der Diagnosen ( $-1,0130\% * 50\% = -0,5065\%$ ). Der Aufsatzwert wird damit um  $-0,7052$  Prozent abgesenkt.

3.9

3.9.1 Anschließend sind gemäß Ziffer 2.2.4 Absatz 2 des Aufsatzwertbeschlusses die für das aktuelle Abrechnungsquartal aktualisierten vertragsübergreifenden Gesamt- bereinigungsmengen 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 gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V begründet werden. Insoweit eine Nachschusspflicht nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V besteht, werden die diese betreffenden Regelungen in Nr. 8 dieses Vertrages verortet. Insbesondere kann keine Nachschusspflicht aus Regelungen zur Honorarverteilung resultieren.

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

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

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

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

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

4.3 Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

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

4.5 Leistungen des Hautkrebsscreenings nach der GOP 01745, 01746,

4.6 Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

4.7 Leistungen der Strahlentherapie nach 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 bis 31.03.2020 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, 08575X, 08575, 08576X, 08576, 11301X, 11302X, 11351X, 11352X, 11501X bis 11503X, 11501 bis 11503, 11506X, 11506, 11508, 11508X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X und 36822X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den GOPen 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 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 Prozent des berechneten Leistungsbedarfs ausgewiesen.

ab 01.04.2020 Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:

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

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

4.10 Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den GOP 01949 bis 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, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden; einschließlich der leistungsbezogenen Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlungen mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren des Abschnitts 40.14 EBM,

4.14 NN

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

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

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

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

4.19 Leistungen nach 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“,

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

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

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

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

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

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

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

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

4.29

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

ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachte Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 26315 ), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111 ) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512 ), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden.

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

4.30 NN

4.31 Leistung gemäß GOP 34601 (Osteodensitometrische Untersuchung II),

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

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

4.34 NN

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

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

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

4.38

(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 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 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 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 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 DeQS-RL für Perkutane Koronarinterventionen [PCI] und Koronarangiographien“),

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

4.49 die GOP 01450 („Videosprechstunde“),

4.50 NN

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

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

- 4.53 die GOP 35151 und 35152 („Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung“),
- 4.54 NN
- 4.55 Leistungen nach den GOP 01702 und 01703 („Pulsoxymetrie-Screening“),
- 4.56 NN
- 4.57 Leistungen nach dem Abschnitt 37.3 EBM („besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“),
- 4.58 Leistungen nach den GOP 02325 bis 02328 („Epilation mittels Laser“),
- 4.59 Leistungen nach den GOP 01460, 01461 und 01626 (Verordnung von Cannabis),
- 4.60 Leistungen nach den GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943 und 32948 bis 32949 (HLA-Antikörperdiagnostik),
- 4.61 die GOP 08312, 08313, 26316 und 26317, die Kostenpauschale 40161 sowie die GOP 08311, 26310 und 26311, die in derselben Sitzung mit den GOPen 08312 oder 26316 erbracht werden (transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin),
- (Die Kennzeichnung von Zystoskopen nach den GOPen 08311, 26310 und 26311 bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin nach den GOPen 08312 bzw. 26316 durchgeführt wird, erfolgt anhand bundeseinheitlich kodierter Zusatzkennzeichen.)
- 4.62 die GOP 01640, 01641 und 01642 („Notfalldatenmanagement“),
- 4.63 bis 31.03.2020 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 bis 31.03.2021 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 GOP 34298),
- 4.67 Leistungen nach den GOP 30210, 30212, 30216 und 30218 („hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“),
- 4.68 Leistungen nach der GOP 01650 („Zuschlag DeQS-RL, nosokomiale Infektionen“),

4.69 Leistungen nach der GOP 01645 sowie die Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM (Zweitmeinungsverfahren),

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

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

4.72 Leistungen nach der GOP 32480 und 32557 („Labor zu Wirkstoffen Velmanase alfa und Daratumumab“),

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

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

4.75 Leistungen nach der GOP 32818 (Genotypische HIV- Resistenztestung bei HIV-Infizierten gemäß der Fachinformation der Arzneimittel Delstrigo® und/oder Pifeltro® vor Erstverordnung),

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

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

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

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

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

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

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

(TSVG-Konstellation: Hausarzt-Vermittlungsfall),

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

(TSVG-Konstellation: Neupatient),

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

(TSVG-Konstellation: Offene Sprechstunde),

4.82 Leistungen nach den GOP 32362 und 32363 (Präeklampsie).

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

4.84 Leistungen nach der GOP 32850 (Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA),“

4.85 Leistungen nach der GOP 01451 („Anschubförderung Videosprechstunde“),

4.86 Leistungen nach den GOPen 06336, 06337, 06338, 06339 (Optische Kohärenztomographie - OCT),

4.87 Leistungen nach der GOP 01514 („Gabe von Velmanase alfa“),

4.88 Leistungen nach den GOP 01442 und 01444 (Videofallkonferenz und Authentifizierung),

4.89 Leistungen nach den GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236 („humangenetische Leistungen“),

4.90 Leistungen nach der GOP 11601 („Untersuchung auf BRCA 1/2 Mutation),

4.91 Kostenpauschale nach der GOP 40165 („Liposuktion bei Lipödem im Stadium III“),

4.92 Leistungen nach den GOP 08347, 13507, 19501 und 19502 („Biomarkerbasierte Testverfahren“),

4.93 ab 01.02.2020 Leistungen nach der GOP 32816 („Coronavirus“).

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

### **5.1 Hyposensibilisierungsbehandlungen**

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

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

Für die Patienten ist die Behandlung mit Unannehmlichkeiten verbunden, weshalb das Thema „Compliance“ eine wichtige Rolle spielt. Den Vertragspartnern ist bewusst, dass ein Anstieg der Gesamtzahl von allergischen Patienten im Gegensatz zu einem gleichzeitig unterproportionalen Anteil von Patienten, die eine spezifische Immuntherapie erhalten, existiert. Infolge dessen könnten zusätzliche Kosten im Gesundheitswesen durch die Progredienz der Erkrankungen entstehen, z. B. durch eine Zunahme des allergischen Asthmas.<sup>4</sup> Ebenso ist die medikamentöse Behandlung allergischer Symptome unter Kostengesichtspunkten zu berücksichtigen und unter medizinischen Gesichtspunkten mit Blick auf mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten ggf. problematisch.

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

---

<sup>4</sup> 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.

## 6. Wegepauschalen

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

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

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

3,53 EUR (Abrechnungsnummer: 97234);

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

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

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97235);

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

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

10,14 EUR (Abrechnungsnummer: 97236);

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

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

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97237);

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

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

10,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97238);

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

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

14,55 EUR (Abrechnungsnummer: 97239);

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

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

11,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97160);

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

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

16,32 EUR (Abrechnungsnummer: 97161).

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

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

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

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

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

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

## **7. Belegärztliche Leistungen**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.

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

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

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

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

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

c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Krankenkassen ein Betrag von 3,07 EUR pro Patient und Pflorgetag gezahlt. Die

Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflage tage.

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

## **8. Rechnungslegung**

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

8.2 Die aufgrund der Höherbewertung der psychotherapeutischen Leistungen, geändert durch den 436. BA (schriftliche Beschlussfassung), zu zahlenden Nachvergütungen (gilt nur für Vertragsärzte und Psychotherapeuten, deren Honorarbescheide für die jeweiligen Quartale noch nicht bestandskräftig sind) werden den Kassen im nächsterreichbaren Formblatt 3 über den bundesweiten Vorgang in Rechnung gestellt.

Die Krankenkassen erhalten gemäß der Protokollnotiz des 436. BA, Teil B, kassenspezifische Übersichten je Abrechnungsquartal ab dem 01.01.2013.

## **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.

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

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

### **10.2 Honorarkürzungen nach § 291 Abs. 2b Satz 9 SGB V**

Honorarkürzungen, die die KV Hamburg gemäß § 291 Abs. 2b Satz 9 SGB V in Fällen der nicht erfolgten Durchführung der Prüfung nach § 291 Abs. 2b Satz 2 SGB V (Versichertenstammdatendienst) vornimmt, sind anteilig für den Fall, der die Leistungen außerhalb der MGV betrifft, an die Krankenkasse zurückzuzahlen. Basis für die Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen ist der Anteil je Krankenkasse am Volumen der Leistungen außerhalb der MGV gemäß Formblatt (bereichseigen) des die Kürzung betreffenden Quartals. Die Rückzahlung erfolgt jeweils in dem übernächsten Quartal, das auf das die Kürzung betreffenden Quartal folgt. Der Ausweis erfolgt im Formblatt, Kontenart 400 im Vorgang 142 für die Fälle nach § 291 Abs. 2b Satz 9 SGB V. § 291 Abs. 2b Satz 11 und 12 SGB V gilt.

### **10.3 Zusammenwirken von Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V und § 291 Abs. 2b Satz 9 SGB V**

Für den Fall, dass Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V und § 291 Abs. 2b Satz 9 SGB V zusammenfallen, werden die Kürzungsbeträge jeweils auf das Gesamthonorar erhoben.

## **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 24.01.2020**

.....  
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 2020 vom 24.01.2020**

**Anlage 1**  
**zur Honorarvereinbarung 2020**

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

wird noch ausgeführt

## Honorarvereinbarung 2020 vom 24.01.2020

### Anlage 2 zur Honorarvereinbarung 2020

### Quartal 1/2020

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des  
**Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2020 in Hamburg**

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen Vorjahresquartal <sup>1</sup> (basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal auf der Grundlage der Satzarten:  <b>KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)</b>	x	x
2.	3.2.1	Addition des erwarteten Mehrbedarfs für die Höherbewertung der GOP 06211 ggfs. einschließlich der Suffixe und Pseudoziffern:  <b>(Häufigkeit der entsprechenden GOP im VJQ * 2 Punkte)</b>	x	x
2.a		<b>= Schritt 1. + Schritt 2.</b>	x	x
3.	3.2.2	Absenkung des Behandlungsbedarfs zum Ausgleich von Einsparungen bei anderen GOP i.Z.m. der Aufnahme der Leistungen im Abschnitt 1.7.3.2.2 des EBM:  <b>519.000 Punkte</b>	x	
3.a		<b>= Schritt 2.a - Schritt 3.</b>	x	
4.	3.3.1 Nr. 1	Addition der Punktmengen der Leistungen der HON 2019 nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM (Abstaffelungsquote wird nicht auf 1,0 festgesetzt):  <b>(Punktmenge VJQ * Abstaffelungsquote)</b>	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
4.a		= Schritt 3.a + Schritt 4.	x	x
5.	3.3.1 Nr. 2	Abzug der Punktmengen der Leistungen GOP 01835, 01836 und 01837 (Transkodierungsregelung für die GOP 01841), 11230 und 11233 bis 11236:  <b>(Punktmenge VJQ * arztgruppenspezifische Auszahlungsquote der Fachgruppe Humangenetik (22) VJQ_AUSZQ_SUM_02)</b>	x	x
5.a		= Schritt 4.a - Schritt 5.		
6.	3.3.2	Berücksichtigung der aus dem <b>Fördervolumen Kinderärzte</b> überführten Mittel des VJQ zur basiswirksamen MGV-Erhöhung  <b>Fördervolumen Kinderärzte des VJQ Formblatt 3 (Vorgang 050 / Punktwert 0,111429 EUR)</b>	x	x
6.a		= Schritt 5.a + Schritt 6.	x	x
7.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung:  <b>ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)</b>	x	
7.a		= Schritt 6.a - Schritt 7.	x	
8.	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5.1 der Honorarvereinbarung (SV_BEVERZICHT_SUM)  <b>Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung</b>	x	x
8.a		= Schritt 7.a - Schritt 8.	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
9.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten  = Schritt 8.a * 0,0690 %	x	
10.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten  = Schritt 8.a + Schritt 9.	x	x

### Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
11.a	3.6.1	<b>Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ in Euro (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).</b> Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“.	x	x
11.b	3.6.1	<b>Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind,</b> obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich <b>abgezogen</b> .	x	x
11.c	3.6.1	<b>Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind,</b> obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich <b>hinzuaddiert</b> .	x	x
11.d	3.6.1	= Schritt 11.a - Schritt 11.b + Schritt 11.c	x	x
11.e		<b>Umrechnung in Punkte</b> = Schritt 11.d / Punktwert 0,109813 EUR		
12.	3.6.1	<b>Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge</b> nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
12.a		= Schritt 11.e - Schritt 12.		
13	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 1 der HON genannten Leistungen ( <b>Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM</b> ) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)	x	x
13.a		= Schritt 12.a + Schritt 13.	x	x
13.b	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die nach Ziffer 3.3.1 Nr. 2 der HON genannten Leistungen ( <b>GOP 01835, 01836 und 01837 (Transkodierungsregelung für die GOP 01841), 11230 und 11233 bis 11236</b> ) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)	x	x
14.		Angepasste Leistungsmenge in Punkten = Schritt 13.a - Schritt 13.b	x	x
15.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf = Schritt 14. Einzelkasse / Schritt 14. GKV-weit	x	x
16.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = Schritt 10. * Schritt 15.	x	x
17.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuzaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht <b>kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen</b>	x	x
17.a		= Schritt 16. + Schritt 17.	x	x

## Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
18.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl:  = Schritt 17.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)	x	x
19.	3.7.1.1	Ermittlung der basiswirksamen Bereinigungsbeträge für die TSVG-Konstellationen nach Maßgabe von Ziffer 3.7.1.1 der Honorarvereinbarung (siehe Anlage zu Ziffer 4 der Protokollnotiz HON 2020)  <b>Angabe der Punktmenge (Euro-Betrag unter Berücksichtigung AUSZQ aus Rechnungslegung / Punktwert 0,111429 EUR)</b>	x	x
20.	3.7.1.1	Subtraktion der basiswirksamen Bereinigungsbeträge für die TSVG-Konstellationen nach Maßgabe von Ziffer 3.7.1.1 der Honorarvereinbarung  = Schritt 18. - Schritt 19.	x	x
21.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate  = Schritt 20. + (Schritt 20. * - 0,7052 %)	x	x
22.a	3.9.1	<b>Gesamtbereinigungsmengen des VJQ</b>	x	x
22.b	3.9.1	<b>Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ</b> unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.2 HON von + 0,0690 %, sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV-EGV Abgrenzung	x	x
22.c	3.9.1	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten  = Schritt 22.b / KASSRG87aMGV_IK des VJQ	x	x
22.d	3.9.1	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge  = Schritt 22.c * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - KASSRG87aMGV_IK des VJQ)	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
22.e	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf <b>= Schritt 21. + Schritt 22.d</b>	x	x
23.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	<b>Berücksichtigung der Differenzbereinigung</b> aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)	x	x
24.		Ermittlung <b>KASSRG-Wert</b> <b>= Schritt 22.e - Schritt 23.</b>	x	x
25.	2.	Kassenspezifische <b>MGV in Euro</b> <b>= Schritt 24. * Punktwert 0,111429 EUR</b>	x	x

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

## Quartal 2/2020

### Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2020 in Hamburg

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen VJQ (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten:  <b>KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)</b>	x	x
2.	3.2.2	Absenkung des Behandlungsbedarfs zum Ausgleich von Einsparungen bei anderen GOP i.Z.m. der Aufnahme der Leistungen im Abschnitt 1.7.3.2.2 des EBM:  <b>519.000 Punkte</b>	x	x
2.a		<b>= Schritt 1. - Schritt 2.</b>	x	
3.	3.2.3	Addition des erwarteten Mehrbedarfes für die Höherbewertung der GOP 26310 und 26313 ( <i>ggf. einschließlich Suffixe und Pseudoziffern</i> )  <b>(Häufigkeit der GOP 26310 im VJQ * 306 Punkte * KV-spezifische Abstufungsquote) + (Häufigkeit der GOP 26313 im VJQ * 31 Punkte * KV-spezifische Abstufungsquote)</b>	x	x
3.a		<b>= Schritt 2.a + Schritt 3.</b>	x	
4.	3.3.1 Nr. 1	Addition der Punktmengen der Leistungen der HON 2019 nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM (Abstufungsquote wird nicht auf 1,0 festgesetzt):  <b>(Punktmenge VJQ * Abstufungsquote)</b>	x	x
4.a		<b>= Schritt 3.a + Schritt 4.</b>	x	
5.	3.3.1 Nr. 2	Abzug der Punktmengen der Leistungen GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236:  <b>(Punktmenge VJQ * arztgruppenspezifische Auszahlungsquote der Fachgruppe Humangenetik (22) VJQ_AUSZQ_SUM_02)</b>	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
5.a		= Schritt 4.a - Schritt 5.	x	
6.	3.3.1 Nr. 3	<b>Anhebung des Behandlungsbedarfs</b> für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der <b>GOP 01700, 01701, 01823, 01824 und 01840 sowie der Kostenpauschale 40100:</b>  <b>+ 992.000 Punkte</b>	x	
6.a		= Schritt 5.a + Schritt 6.	x	
7.	3.3.2	Berücksichtigung der aus dem <b>Fördervolumen Kinderärzte</b> überführten Mittel des VJQ zur basiswirksamen MGV-Erhöhung  <b>Fördervolumen Kinderärzte des VJQ Formblatt 3 (Vorgang 050 / Punktwert 0,111429 EUR)</b>	x	x
7.a		= Schritt 6.a + Schritt 7.	x	
8.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung:  <b>ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)</b>	x	
8.a		= Schritt 7.a - Schritt 8.	x	
9	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5.1 der Honorarvereinbarung (SV_BEVERZICHT_SUM)  <b>Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung</b>	x	x
9.a		= Schritt 8.a - Schritt 9.	x	

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
10.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffektes in Punkten  = Schritt 9.a * 0,0690 %		x
11.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten  = Schritt 9.a + Schritt 10.	x	x

### Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
12.a	3.6.1	<b>Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ in EURO (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).</b> Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“.	x	x
12.b	3.6.1	<b>Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind,</b> obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich <b>abgezogen</b> .	x	x
12.c	3.6.1	<b>Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind,</b> obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich <b>hinzuaddiert</b> .	x	x
12.d	3.6.1	= Schritt 12.a - Schritt 12.b + Schritt 12.c	x	x
12.e		<b>Umrechnung in Punkte</b> = Schritt 12.d / Punktwert 0,109813 EUR	x	x
13.	3.6.1	<b>Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge</b> nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
13.a		= Schritt 12.e - Schritt 13.	x	x

14.	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die Ziffer 3.3.1 Nr. 1 der HON genannten Leistungen ( <b>Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM</b> ) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)	x	x
14.a		= <b>Schritt 13.a + Schritt 14.</b>	x	x
14.b	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die nach Ziffer 3.3.1 Nr. 2 der HON genannten Leistungen ( <b>GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236</b> ) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)	x	x
15.		Angepasste Leistungsmenge in Punkten = <b>Schritt 14.a - Schritt 14.b</b>	x	x
16.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf = <b>Schritt 15. Einzelkasse / Schritt 15. GKV-weit</b>	x	x
17.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = <b>Schritt 11. * Schritt 16.</b>	x	x
18.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht <b>kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen</b>	x	x
18.a		= <b>Schritt 17. + Schritt 18.</b>	x	x

## Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
19.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl:  = Schritt 18.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)	x	x
20.	3.7.1.1	Ermittlung der basiswirksamen Bereinigungsbeträge für die TSVG-Konstellationen nach Maßgabe von Ziffer 3.7.1.1 der Honorarvereinbarung (siehe Anlage zu Ziffer 4 der Protokollnotiz HON 2020)  <b>Angabe der Punktmenge (Euro-Betrag unter Berücksichtigung AUSZQ aus Rechnungslegung / Punktwert 0,111429 EUR)</b>	x	x
21.	3.7.1.1	Subtraktion der basiswirksamen Bereinigungsbeträge für die TSVG-Konstellationen nach Maßgabe von Ziffer 3.7.1.1 der Honorarvereinbarung  = Schritt 19. - Schritt 20.	x	x
22.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate  = Schritt 21. + (Schritt 21. * - 0,7052 %)	x	x
23.a	3.9.1	<b>Gesamtbereinigungsmengen des VJQ</b>	x	x
23.b	3.9.1	<b>Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ</b> unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.2 HON von + 0,0690 %, sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsdaten und der MGV-EGV Abgrenzung	x	x
23.c	3.9.1	<b>Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten</b>  = Schritt 23.b / KASSRG87aMGV_IK im VJQ	x	x
23.d	3.9.1	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge  = Schritt 23.c * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - KASSRG87aMGV_IK im VJQ)	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
23.e	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf  <b>= Schritt 22. + Schritt 23.d</b>	x	x
24.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	<b>Berücksichtigung der Differenzbereinigung</b> aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)	x	x
25.		Ermittlung <b>KASSRG-Wert</b>  <b>= Schritt 23.e - Schritt 24.</b>	x	x
26.	2.	Kassenspezifische <b>MGV in Euro</b>  <b>= Schritt 25. * Punktwert 0,111429 EUR</b>	x	x

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

## Quartal 3/2020

### Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2020 in Hamburg

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen VJQ (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten:  <b>KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)</b>	x	x
2.	3.2.2	Absenkung des Behandlungsbedarfs zum Ausgleich von Einsparungen bei anderen GOP i.Z.m. der Aufnahme der Leistungen im Abschnitt 1.7.3.2.2 des EBM:  <b>519.000 Punkte</b>	x	
2.a		<b>= Schritt 1. - Schritt 2.</b>	x	
3.	3.2.3	Addition des erwarteten Mehrbedarfes für die Höherbewertung der GOP 26310 und 26313 ( <i>ggf. einschließlich Suffixe und Pseudoziffern</i> )  <b>(Häufigkeit der GOP 26310 im VJQ * 306 Punkte * KV-spezifische Abstaffelungsquote) + (Häufigkeit der GOP 26313 im VJQ * 31 Punkte * KV-spezifische Abstaffelungsquote)</b>	x	x
3.a		<b>= Schritt 2.a + Schritt 3.</b>	x	
4.	3.3.1 Nr. 1	Addition der Punktmengen der Leistungen der HON 2019 nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM (Abstaffelungsquote wird nicht auf 1,0 festgesetzt):  <b>(Punktmenge VJQ * Abstaffelungsquote)</b>	x	x
4.a		<b>= Schritt 3.a + Schritt 4.</b>	x	
5.	3.3.1 Nr. 2	Abzug der Punktmengen der Leistungen GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236:  <b>Schritt 4. -(Punktmenge VJQ * arztgruppenspezifische Auszahlungsquote der Fachgruppe Humangenetik (22) VJQ_AUSZQ_SUM_02)</b>	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
5.a		= Schritt 4.a - Schritt 5.	x	
6.	3.3.1 Nr. 3	Anhebung des Behandlungsbedarfs für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der GOP 01700, 01701, 01823, 01824 und 01840 sowie der Kostenpauschale 40100:  <b>+ 992.000 Punkte</b>	x	x
7.		= Schritt 5.a + Schritt 6.	x	
8.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung:  <b>ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)</b>	x	
8.a		= Schritt 7. - Schritt 8.	x	
9.	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5.1 der Honorarvereinbarung (SV_BEVERZICHT_SUM)  <b>Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung</b>	x	x
9.a		= Schritt 8.a - Schritt 9.	x	
10.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten  <b>= Schritt 9. * 0,0690 %</b>		x
11.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten  <b>= Schritt 9.a + Schritt 10.</b>	x	x

## Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
12.a	3.6.1	<b>Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ in EURO (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).</b> Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“.	x	x
12.b	3.6.1	<b>Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind,</b> obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich <b>abgezogen</b> .	x	x
12.c	3.6.1	<b>Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind,</b> obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich <b>hinzugaddiert</b> .	x	x
12.d	3.6.1	<b>= Schritt 12.a - Schritt 12.b + Schritt 12.c</b>	x	x
12.e		<b>Umrechnung in Punkte</b> <b>= Schritt 12.d / Punktwert 0,109813 EUR</b>		
13.	3.6.1	<b>Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge</b> nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
13.a		<b>= Schritt 12.e - Schritt 13.</b>	x	x
14.	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die Ziffer 3.3.1 Nr. 1 der HON genannten Leistungen ( <b>Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM</b> ) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK	x	x
14.a		<b>= Schritt 13.a + Schritt 14.</b>	x	

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
14b.	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die nach Ziffer 3.3.1 Nr. 2 der HON genannten Leistungen ( <b>GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236</b> ) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)	x	x
15.		Angepasste Leistungsmenge in Punkten <b>= Schritt 14.a - Schritt 14.b</b>	x	x
16.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf <b>= Schritt 15. Einzelkasse / Schritt 15. GKV-weit</b>	x	x
17.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten <b>= Schritt 11. * Schritt 16.</b>	x	x
18.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht <b>kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen</b>	x	x
18.a		<b>= Schritt 17. + Schritt 18.</b>	x	

### Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
19.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: <b>= Schritt 18.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)</b>	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
20.	3.7.1.1	Ermittlung der basiswirksamen Bereinigungsbeträge für die TSVG-Konstellationen nach Maßgabe von Ziffer 3.7.1.1 der Honorarvereinbarung (siehe Anlage zu Ziffer 4 der Protokollnotiz HON 2020)  <b>Angabe der Punktmenge (Euro-Betrag unter Berücksichtigung AUSZQ aus Rechnungslegung / Punktwert 0,111429 EUR)</b>	x	x
21.	3.7.1.1	Subtraktion der basiswirksamen Bereinigungsbeträge für die TSVG-Konstellationen nach Maßgabe von Ziffer 3.7.1.1 der Honorarvereinbarung  <b>= Schritt 19. - Schritt 20.</b>	x	x
22.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate  <b>= Schritt 21. + (Schritt 21. * - 0,7052 %)</b>	x	x
23.a	3.9.1	<b>Gesamtbereinigungsmengen des VJQ</b>	x	x
23.b	3.9.1	<b>Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ</b> unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.2 HON von + 0,0690 %, sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV-EGV Abgrenzung	x	x
23.c	3.9.1	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten  <b>= Schritt 23.b / KASSRG87aMGV _IK im VJQ</b>	x	x
23.d	3.9.1	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge  <b>= Schritt 23.c * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - KASSRG87aMGV _IK im VJQ)</b>	x	x
23.e	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf  <b>= Schritt 22. + Schritt 23.d</b>	x	x
24.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	<b>Berücksichtigung der Differenzbereinigung</b> aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
25.		Ermittlung <b>KASSRG-Wert</b>  = <b>Schritt 23.e - Schritt 24</b>	x	x
26.	2.	Kassenspezifische <b>MGV in Euro</b>  = <b>Schritt 25. * Punktwert 0,111429 EUR</b>	x	x

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

## Quartal 4/2020

### Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2020 in Hamburg

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen VJQ (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten:  <b>KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)</b>	x	x
2.	3.2.2	Absenkung des Behandlungsbedarfs zum Ausgleich von Einsparungen bei anderen GOP i.Z.m. der Aufnahme der Leistungen im Abschnitt 1.7.3.2.2 des EBM:  <b>519.000 Punkte</b>	x	
2.a		<b>= Schritt 1. – Schritt 2.</b>	x	
3.	3.2.3	Addition des erwarteten Mehrbedarfes für die Höherbewertung der GOP 26310 und 26313 ( <i>ggf. einschließlich Suffixe und Pseudoziffern</i> )  <b>(Häufigkeit der GOP 26310 im VJQ * 306 Punkte * KV-spezifische Abstufungsquote) + (Häufigkeit der GOP 26313 im VJQ * 31 Punkte * KV-spezifische Abstufungsquote)</b>	x	x
3.a		<b>= Schritt 2.a + Schritt 3.</b>	x	
4.	3.3.1 Nr. 2	Abzug der Punktmengen der Leistungen GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236:  <b>(Punktmenge VJQ * arztgruppenspezifische Auszahlungsquote der Fachgruppe Humangenetik (22 VJQ_AUSZQ_SUM_02)</b>	x	x
4.a		<b>= Schritt 3.a - Schritt 4.</b>	x	

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
5.	3.3.1 Nr. 3	Anhebung des Behandlungsbedarfs für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der GOP 01700, 01701, 01823, 01824 und 01840 sowie der Kostenpauschale 40100:  <b>+ 992.000 Punkte</b>	x	
6.		<b>= Schritt 4.a + Schritt 5.</b>	x	
7.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung:  <b>ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)</b>	x	
7.a		<b>= Schritt 6. - Schritt 7.</b>	x	
8.	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5.1 der Honorarvereinbarung (SV_BEVERZICHT_SUM)  <b>Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung</b>	x	x
8.a		<b>= Schritt 7.a - Schritt 8.</b>	x	
9.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten  <b>= Schritt 8. * 0,0690 %</b>		x
10.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten  <b>= Schritt 8.a + Schritt 9.</b>	x	x

## Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
11.a	3.6.1	<b>Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ in EURO (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).</b> Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“.	x	x
11.b	3.6.1	<b>Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind,</b> obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich <b>abgezogen</b> .	x	x
11.c	3.6.1	<b>Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind,</b> obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich <b>hinzuaddiert</b> .	x	x
11.d	3.6.1	<b>= Schritt 11.a - Schritt 11.b + Schritt 11.c</b>	x	x
11.e		<b>Umrechnung in Punkte = Schritt 11.d / Punktwert 0,109813 EUR</b>		
12.	3.6.1	<b>Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge</b> nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
12.a		<b>= Schritt 11.e - Schritt 12.</b>	x	x
13.	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die nach Ziffer 3.3.1 Nr. 2 der HON genannten Leistungen ( <b>GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236</b> ) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)	x	x
14.		Angepasste Leistungsmenge in Punkten <b>= Schritt 12.a - Schritt 13.</b>	x	x
15.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf <b>= Schritt 14. Einzelkasse / Schritt 14. GKV-weit</b>	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
16.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten <b>= Schritt 10. * Schritt 15.</b>	x	x
17.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsverzichts der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht <b>kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsverzichts</b>	x	x
17.a		<b>= Schritt 16. + Schritt 17.</b>	x	

### Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
18.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: <b>= Schritt 17.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)</b>	x	x
19.	3.7.1.1	Ermittlung der basiswirksamen Bereinigungsbeträge für die TSVG-Konstellationen nach Maßgabe von Ziffer 3.7.1.1 der Honorarvereinbarung (siehe Anlage zu Ziffer 4 der Protokollnotiz HON 2020) <b>Angabe der Punktmenge (Euro-Betrag unter Berücksichtigung AUSZQ aus Rechnungslegung / Punktwert 0,111429 EUR)</b>	x	x
20.	3.7.1.1	Subtraktion der basiswirksamen Bereinigungsbeträge für die TSVG-Konstellationen nach Maßgabe von Ziffer 3.7.1.1 der Honorarvereinbarung <b>= Schritt 18. - Schritt 19.</b>	x	x
21.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate <b>= Schritt 20. + (Schritt 20. * - 0,7052 %)</b>	x	x
22.a	3.9.1	<b>Gesamtbereinigungsmengen des VJQ</b>	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
22.b	3.9.1	<b>Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ</b> unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.2 HON von + 0,0690 %, sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsdaten und der MGV-EGV Abgrenzung	x	x
22.c	3.9.1	<b>Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten</b> <b>= Schritt 22.b / KASSRG87aMGV _IK im VJQ</b>	x	x
22.d	3.9.1	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge <b>= Schritt 22.c * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - KASSRG87aMGV _IK im VJQ)</b>	x	x
22.e	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf <b>= Schritt 21. + Schritt 22.d</b>	x	x
23.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	<b>Berücksichtigung der Differenzbereinigung</b> aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)	x	x
24.		Ermittlung <b>KASSRG-Wert</b> <b>= Schritt 22.e - Schritt 23.</b>	x	x
25.	2.	Kassenspezifische <b>MGV in Euro</b> <b>= Schritt 24. * Punktwert 0,111429 EUR</b>	x	x

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

# Honorarvereinbarung 2020 vom 24.01.2020

## Anlage 3

### zur Honorarvereinbarung 2020

#### Rechenweg des regionalen Punktwertzuschlags gem. Nr. 2 der Honorarvereinbarung 2020 (nach Dau, 2013; lt. BSG-Urteil 2017)

- basierend auf drei volkswirtschaftliche Indikatoren
  - Arbeitnehmerentgelt je Arbeitnehmer<sub>1</sub>
  - Arbeitnehmerentgelt je geleisteter Arbeitsstunde<sub>2</sub>
  - Bruttoinlandsprodukt je Einwohner<sub>3</sub>
- 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<sub>1,2,3</sub> 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] =  $OPW_{\text{aktuell}}$  [cent] -  $OPW_{\text{Vorjahr}}$  [cent]

6.2 Berechnung des Zuschlags basierend auf  $OPW_{\text{Vorjahr}}$  :  
 $e_{\text{Zuschlag\_OPW Vorjahr}}$  [cent] =  $OPW_{\text{Vorjahr}}$  [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 2020**

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

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

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

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

4. Die Vertragspartner treffen für die MGV-Abstimmung und Honorarabrechnung unter TSVG-Bedingungen die nachfolgenden Bestimmungen:

- I. Abstimmung der vorläufigen MGV mit Platzhalter (gemäß Anlage 2 zur Honorarvereinbarung 2020, Ziffer 3.7.1.1) für die Bereinigung der MGV nach der TSVG-Abstimmungstabelle enthält für TSVG nur NULL-Werte sowie noch nicht die Auswirkungen der Morbiditätsrate.
- II. Nach abgeschlossenem Abstimmungsverfahren erfolgt Bestätigung der vorläufigen MGV (ohne TSVG-Werte/ohne Auswirkungen der Morbiditätsrate auf die TSVG-Werte) durch die Hamburger Krankenkassen/-Verbände (Gesamtvertragspartner = rubrizierenden Partner der Honorarvereinbarung)
- III. Die abgestimmte vorläufige MGV wird damit zur Grundlage der Honorarrechnungslegung nach dem jeweiligen Gesamtvertrag ggü. der jeweiligen Krankenkasse.

Die Rechnungslegung ggü. der Krankenkasse wird wie folgt durchgeführt:

- a. Vorläufig endgültige MGV unter Berücksichtigung der Rechenschritte aus der abgestimmten vorläufigen MGV sowie der sich gemäß Anlage 2 zur Honorarvereinbarung 2020 dort der Ziffer 3.7.1.1 ergebenden Veränderungen
  - b. Ausweis der Summe der gemäß Anlage 2 zur Honorarvereinbarung 2020 dort der Ziffer 3.7.1.1 dokumentierten TSVG-Bereinigungsbeträge
- IV. Die KV Hamburg stellt mit der kassenindividuellen Rechnungslegung die kassenindividuellen detaillierten Berechnungstabellen (Anlage) für die TSVG-Bereinigung den Gesamtvertragspartnern (= rubrizierenden Partner der Honorarvereinbarung) gemäß Anlage 2 zur Honorarvereinbarung 2020 dort der Ziffer 3.7.1.1 zur Verfügung. Darüber hinaus erhalten die vorgenannten Vertragspartner die MGV-Berechnung einschließlich TSVG-Bereinigung gemäß der Honorarvereinbarung 2020 Anlage 2 zur Endabstimmung.
  - V. Nach Durchführung der kassenindividuellen Prüfung der MGV-Berechnung unter Einschluss der TSVG-Bereinigung melden die Gesamtvertragspartner (= rubrizierenden Partner der Honorarvereinbarung) ihren Korrekturbedarf bei der KV Hamburg an oder bestätigen die endgültige MGV-Berechnung. Die Ordnungsfrist für die Abstimmung der endgültigen MGV beträgt maximal 4 Wochen, sie endet spätestens 3 Werktage vor dem Liefertermin der KASSRG-Daten.
  - VI. Im Falle einer Differenz zwischen der vorläufigen endgültigen MGV aus der Rechnungslegung und der MGV aus der Endabstimmung, erfolgen die vollständigen Korrekturen mit der nächsterreichbaren Rechnungslegung.
  - VII. Darüber hinaus sind sich die Vertragspartner darüber einig, dass die vorstehenden Regelungen ausschließlich dem Zweck einer pragmatischen Vorgehensweise bei der Abstimmung der MGV und der Rechnungslegung in Bezug auf die TSVG-Bereinigung dienen und eine Änderung der zwischen den Gesamtvertragspartnern bestehenden Regelungen zur Abstimmung und Rechnungslegung nicht beabsichtigt ist.

5. Die Vertragspartner treffen für alle in dieser Honorarvereinbarung umgesetzten Beschlüsse des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses, deren Umsetzung auch Zeiträume mitumfasst, die über das Jahr 2020 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 54. EBA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab 01.07.2021 die GOPen 32459, 32774 und 32775 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen sind (mit Eindeckung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch den Beschluss Teil A des 451. BA oder entsprechender Folgebeschlüsse). Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in der Honorarvereinbarung 2021 umgesetzt.

b) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 416. BA (schriftliche Beschlussfassung) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.04.2021 bis zum 31.03.2022, vorbehaltlich einer anderslautenden Entscheidung des BA, die GOP01611 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen ist (mit Eindeckung nach Nr. 2.2.1.2 „Aufsatzwertebeschluss“; 383. BA zuletzt geändert durch den Beschluss Teil A des 451. BA sowie 470. BA oder entsprechender Folgebeschlüsse). Dabei wird die anzuwendende Abstufungsquote auf eins gesetzt. Vor diesem Hintergrund wird dieser Sachverhalt in der Honorarvereinbarung 2021 umgesetzt.

c) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 53. EBA, geändert durch den 430. BA, anzuwenden ist. Die Protokollnotiz Nr. 1 des Beschlusses regelt, dass für den Fall, dass bis zum 31. Dezember 2020 festgestellt werden kann, dass für einen Großteil der Vertragsarztpraxen die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum BMV-Ä vorliegen, eine bis dahin extrabudgetär vergütete Leistung in die betroffenen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen als deren Teilleistung überführt wird. Das bedeutet, dass in diesem Fall ab 01.01.2021 die GOP01641 (Zuschlag Notfalldatensatz) nach den im 53. EBA, geändert durch den 430. BA, in Teil C festgelegten Voraussetzungen im EBM und in Ziffer 4.62 gestrichen wird und gleichzeitig der Behandlungsbedarf nach Maßgabe des Teil C des Beschlusses angehoben wird. Unter diesen Voraussetzungen wird die Protokollnotiz in 2021 umgesetzt.

d) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 430. BA (Sitzung am 12.12.2018) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass die Überführung der in der Ziffer 4.69 (Zweitmeinungsverfahren) dieser Vereinbarung extrabudgetär gestellten Leistungen für die Indikation Mandeloperation und Gebärmutterentfernungen zum 01.01.2022 sowie für weitere Indikationen jeweils zu Beginn des zwölften auf das Inkrafttreten der entsprechenden Erweiterung der Richtlinie des G-BA zum Zweitmeinungsverfahren folgenden Quartals gemäß der hierzugetroffenen Regelungen des 430. BA ggf. einschließlich etwaiger Folgebeschlüsse erfolgen wird. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2021 übernommen.

Für die Kennzeichnung der Leistungen nach Ziffer 4.69 bei der Abrechnung gilt:

Nach Nr. 4.3.9.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM ist bei der Abrechnung der GOP 01645 die Indikation zu kodieren. Aus diesem Grund wurden die abgeleiteten GOP 01645A (Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Mandeloperation) und GOP 01645B (Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Gebärmutterentfernung) in

die Codierungsliste der KBV aufgenommen und sind, solange nichts Abweichendes bestimmt wird, entsprechend zu verwenden.

Nach Nr. 4.3.9.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM ist bei der Abrechnung von im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren abgerechneten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen sowie GOP für gegebenenfalls medizinisch notwendige Untersuchungen nach § 3 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss zum Zweitmeinungsverfahren eine eingriffsspezifische Kennzeichnung vorzunehmen. Bis zur Anpassung der Anlage 6 BMV-Ä (Datenaustauschvertrag) erfolgt die Kennzeichnung im Einzelfallnachweis als Freitext im Feld 5.4.3 mit den nachstehenden Codes:

Code	Inhalt
88200A	Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Mandeloperation
88200B	Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Gebärmutterentfernung

Die Vertragspartner stimmen darüber überein, dass es bei der Angabe der vorgenannten Codes unerheblich ist, ob das jeweilige Buchstabensuffix groß- oder kleingeschrieben ist.

e) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 433. BA (Sitzung am 22.01.2019) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass die Überführung der in der Ziffer 4.72 dieser Vereinbarung extrabudgetär gestellten Leistungen nach den GOP 32480 und 32557 EBM in die MGV zum 01.04.2021 gemäß des 433. BA nach dem dort in Bezug genommenen Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung vom 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss Teil A des 451. BA oder entsprechender Folgebeschlüsse erfolgt. Dabei wird die anzuwendende Abstufungsquote in Nummer 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in 2021 umgesetzt.

f) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 439. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.07.2021, vorbehaltlich einer anderslautenden Entscheidung des BA, die GOP32818 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen ist (mit Eindeckung nach Nr. 2.2.1.2 „Aufsatzwertebeschluss“). Dabei wird die anzuwendende Abstufungsquote in Nummer 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in 2021 umgesetzt.

g) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 441. BA (HIV-Präexpositionsprophylaxe) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass für die Leistungen des Abschnitts 1.7.8 EBM nach Ziffer 4.83 dieser Honorarvereinbarung die Überführung in die MGV zum 01.10.2021 erfolgt, sofern nicht der BA von seinem Gestaltungsrecht bis zum 30.09.2021 Gebrauch macht und die EGV-Stellung fortführt. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2021 übernommen.

h) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 441. BA (Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.10.2021, die GOP32850 nach Ziffer 4.84 dieser Honorarvereinbarung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen ist (mit Eindeckung nach Nr. 2.2.1.2 „Aufsatzwertebeschluss“). Dabei wird die anzuwendende Abstufungsquote in Nummer 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in 2021 umgesetzt.

i) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 449. BA (Anschubförderung der Videosprechstunde) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.10.2021, die GOP01451 nach Ziffer 4.85 dieser Honorarvereinbarung ersatzlos zu streichen ist, da die Anschubfinanzierung für die Videosprechstunde ausläuft. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in der Honorarvereinbarung 2021 umgesetzt. Sofern dieser Beschluss eine Änderung erfährt, werden die dadurch bedingten Änderungen in einem Nachtrag umgesetzt.

j) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Beschlüsse des BA Nr. 372. (Sitzung am 11.03.2016) und Nr. 448. (schriftliche Beschlussfassung) zu Leistungen der Humangenetik nach Ziffer 4.43 und 4.89 anzuwenden sind. Das bedeutet:

1. Die Leistungen nach den GOPen 01841, 11230 und 11233 bis 11236 (Ziffer 4.89 der Honorarvereinbarung) werden ab dem 1. Januar 2023 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt. Dabei wird das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung vom 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss Teil A des 451. BA oder entsprechender Folgebeschlüsse, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile einzelner Krankenkassen angewendet.

2. Die Leistungen nach der Ziffer 4.43 dieser Honorarvereinbarung nach Maßgabe des hierzu gefassten 372. BA Nr. 3 in die MGV zurück überführt, wenn und soweit es über den 448. BA Nr. 4 hinaus, zu keiner weiteren Verlängerung des Zeitpunktes der Eindeckelung (derzeit: Fristende 30.06.2023) kommt.

k) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Beschlüsse des BA Nr. 455. BA Teil D I. (Sitzung am 11.12.2019) für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der GOP 01700, 01701, 01823, 01824 und 01840 (Chlamydienscreening) sowie der Kostenpauschale 40100 dazu führen, dass der Behandlungsbedarf des Abrechnungsquartals I/2021 um 992.000 Punkte erhöht werden muss. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in 2021 umgesetzt.

6. 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.

7. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die in der 418. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) des BA, zuletzt geändert durch den 439. BA in seiner Sitzung am 19.06.2019, ersetzt mit Wirkung zum 15.01.2020 durch den 461. BA (schriftliche Beschlussfassung) 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.

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

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

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

9. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die im 472. BA Beschlussteil B (schriftliche Beschlussfassung) in Verbindung mit dem 441. BA Nr. 3 (NVA aufgrund von Ausnahmeereignissen) getroffenen Feststellungen zum nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs auf Grund von Ausnahmeereignissen (Corona-Virus) und die damit verbundene Finanzierungsverpflichtung der Krankenkassen mit Wirkung ab dem 01.02.2020 umgesetzt werden.

Das bedeutet, dass die ab dem 01.02.2020 gemäß des vorgenannten Beschlusses gekennzeichneten Leistungen (Ziffer 88240) mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung von der KV Hamburg zeitnah in Rechnung gestellt werden und ebenfalls zeitnah, spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum von den Krankenkassen vergütet werden.

Honorarvereinbarung 2020

Anlage zu Ziffer 4 der Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2020										Kassenärztliche Vereinigung Hamburg	
Nachweis zur TSVG-Bereinigung gem. 439/452. BA für das Quartal XX/2020											
QUARTA	VKNr	Kassenar	Arztgruppe	TSS-Vermittlungsfall gem. Euro-GO	HA-Vermittlungsfall gem. Euro-GO	offene Sprechstunde gem. Euro-GO	Neupatient gem. Euro-GO	TSS-Akutfall gem. Euro-GO	Summe Leistungsbedarf gem. Euro-GO	Arztgruppenspezifische Quote gem. Satzart AUSZQ_SUM	Bereinigungsmenge in EURO
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10] =[5]+[6]+[7]+[8]+[9]	[11]	[12] =[10]*[11]
20201	XXXX	XX	6	50,00	100,00	150,00	200,00	-	500,00	0,8726074	436,30
20201	XXXX	XX	19	5.000,00	6.000,00	250,00	-	90,00	11.340,00	0,8570916	9.719,42
20201	XXXX	XX	26	212,10	49,92	102,49	61,05	-	425,57	0,8725220	371,32
20201	XXXX	XX	10	50,00	160,34	1.406,23	481,02	16,29	2.113,89	0,8945684	1.891,02
20201	XXXX	XX	15	486,78	1.803,71	169,50	319,14	54,49	2.833,63	0,8685807	2.461,24
20201	XXXX	XX	53	22,22	540,55	4.587,24	17,57	229,99	5.397,58	0,8857959	4.781,15
20201	XXXX	XX	68	30,91	58,57	1.375,36	1.229,81	1,16	2.695,81	0,9955232	2.683,74
20201	XXXX	XX	21	612,13	458,13	707,15	75,23	103,99	1.956,63	0,8749349	1.711,93
20201	XXXX	XX	46	100,17	65,11	795,92	4.587,24	85,21	5.633,66	0,8909806	5.019,48
20201	XXXX	XX	58	75,23	1.229,81	60,74	404,21	52,27	1.822,26	0,8896004	1.621,08
20201	XXXX	XX	23	187,96	36,72	48,46	49,92	31,61	354,67	0,8715149	309,10
20201	XXXX	XX	51	600,00	154,03	61,05	273,55	29,56	1.118,20	0,8824400	986,74