

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 2021
i. d. F. des 1. Nachtrages

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitlich vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2021“ 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 11,3098 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 1,667 Prozent (0,1854 Cent) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 11,1244 Cent als Orientierungswert.

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

3. Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des nach Maßgabe der nachstehenden Ziffern 3.1 bis 3.11 sowie den Vorgaben und Empfehlungen des 383. BA in seiner Sitzung am 21.09.2016 zuletzt geändert mit Beschluss des BA in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und etwaigen Folgebeschlüssen des BA bzw. EBA (im Folgenden „Aufsatzwertebeschluss“) ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals und dem Punktwert nach Ziffer 2. Die Berechnung erfolgt für jedes Quartal des Jahres 2021 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.

In Umsetzung des 547. BA (schriftliche Beschlussfassung) wird am Ende der Feststellung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal gemäß Nummer 2.2.1.2 Aufsatzwertebeschlusses selbiger für die Abrechnungsquartale 1/2021 bis 4/2021 in jedem der vier Quartale basiswirksam um den Betrag von 2.213.233 Punkten erhöht. Die Vorgaben des 547. BA zur Prüfung und ggf. Festsetzung von Korrekturbeträgen werden unter Berücksichtigung hierauf beruhender Folgebeschlüsse umgesetzt und sind Gegenstand einer Protokollnotiz.

3.2 Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass der 526. Beschluss (schriftliche Beschlussfassung) für die Quartal 2/2021 bis 4/2021 umgesetzt wird. Das bedeutet, sofern der Bewertungsausschuss feststellt, dass die entsprechenden Datenquartale des Jahres 2020 nicht verwendet werden können, dass für alle Anwendungsfälle entsprechend Nr. 2.2.1.2 („Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung“) des Aufsatzwertebeschlusses auf die entsprechenden Datenquartale des Jahres 2019 unter Abbildung der zwischenzeitlich erfolgten TSVG-Bereinigung und unter Berücksichtigung etwaiger Auswirkungen der EBM-Weiterentwicklung zurückgegriffen wird.

3.2.1 Der Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.1 wird mit Wirkung ab 01.01.2021 bis 31.03.2021 (Quartal 1/2021) in Umsetzung des 455. BA Teil D III. (Sitzung am 11.12.2019) um den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 26310 und 26313 wie folgt erhöht: Der Erhöhungsbetrag ergibt sich für das Quartal 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 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.

3.2.2 Mit Wirkung ab 01.01.2021 bis 30.06.2021 (Quartale 1/2021 bis 2/2021) wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in Umsetzung des 507. BA (schriftliche Beschlussfassung), 507. BA Teil B geändert und neu gefasst durch den 509. BA

(schriftliche Beschlussfassung) aufgrund der Neubewertung der ärztlichen Leistung infolge des Wegfalls von Aufbereitungskosten für mehrfach verwendbare Instrumente wie folgt abgesenkt: Der Minderbedarf ergibt sich für die Quartale 1/2021 bis 2/2021 durch Multiplikation der jeweiligen Differenz der alten und neuen Bewertung der GOP 04511, 08311 (mit Ausnahme der GOP 08311T), 08334, 09315, 09317, 13260, 13400, 13401, 13402, 13662, 26310 (mit Ausnahme der GOP 26310T), 26311 (mit Ausnahme der GOP 26311T) und 30601 jeweils einschließlich Suffices mit der Häufigkeit der entsprechenden GOP im jeweiligen Quartal des Jahres 2019.

3.2.3 Mit Wirkung ab 01.01.2021 bis 30.06.2021 (Quartale 1/2021 bis 2/2021) wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um den erwarteten Mehrbedarf für Endoskopische Zusatzinstrumente als Einmalprodukt in Umsetzung des 507. BA (schriftliche Beschlussfassung), 507. BA Teil B geändert und neu gefasst durch den 509. BA (schriftliche Beschlussfassung) für die GOP 40460, 40461 und 40462 wie folgt basiswirksam erhöht:

- für die GOP 40460 durch Multiplikation der aufsummierten Häufigkeiten der GOP 08334, 13260, 13401, 13402 und 30601 einschließlich Suffices im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 mit 7,26 Euro dividiert durch den regionalen Punktwert des Jahres 2021 für die Quartale 1/2021 und 2/2021,
- für die GOP 40461 durch Multiplikation der aufsummierten Häufigkeiten der GOP 04511, 08311 (mit Ausnahme der GOP 08311T), 09315, 09317, 13400, 13662, 26310 (mit Ausnahme der GOP 26310T) und 26311 (mit Ausnahme der GOP 26311T) einschließlich Suffices im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 mit 4,12 Euro dividiert durch den regionalen Punktwert des Jahres 2021 für die Quartale 1/2021 und 2/2021,
- für die GOP 40462 durch Multiplikation der aufsummierten Häufigkeiten der GOP 04511 und 13400 einschließlich Suffices im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 mit 1,87 Euro dividiert durch den regionalen Punktwert des Jahres 2021 für die Quartale 1/2021 und 2/2021.

3.2.4 Mit Wirkung ab 01.01.2021 bis 30.06.2021 (Quartale 1/2021 bis 2/2021) wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um den erwarteten Mehrbedarf für die Abbildung der Kosten für Programmier- und Auslesegeräte kardialer Implantate (GOP 04417 und 13577) in Umsetzung des 506. BA (schriftliche Beschlussfassung) basiswirksam erhöht. Der Erhöhungsbetrag für das jeweilige Quartal ergibt sich, indem die aufsummierten Häufigkeiten der GOP 04411, 04413, 04415, 13571, 13573 und 13575 einschließlich Suffices im jeweiligen Vorjahresquartal mit 40 Punkten multipliziert werden.

3.2.5 Mit Wirkung ab dem 01.01.2021 bis 30.09.2021 (Quartal 1/2021 bis 3/2021) wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in Umsetzung des 511. BA in seiner

Sitzung vom 11.08.2020 um den erwarteten Mehrbedarf für die Gebührenordnungspositionen 13691 und 13692 einschließlich Suffices wie folgt erhöht: Der Erhöhungsbetrag ergibt sich für die Quartale 1/2021 bis 3/2021 durch Multiplikation des jeweiligen Differenzbetrags der alten und neuen Bewertung der Gebührenordnungspositionen 13691 und 13692 mit der Häufigkeit der entsprechenden Gebührenordnungspositionen im Jahr 2019.

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 511. BA (Sitzung vom 11.08.2020) („Abgrenzungsbeschluss“) anzupassen.

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

1. Mit Wirkung ab 01.01.2021 bis 31.03.2021 (Quartal 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 (Chlamydienscreening) sowie der Kostenpauschale 40100 werden dem Behandlungsbedarf der vorgenannten Abrechnungsquartale jeweils 992.000 Punkte zugesetzt.
2. Mit Wirkung ab 01.01.2021 bis 30.06.2023 (Quartale 1/2021 bis 2/2023) wird der Behandlungsbedarf im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste aufgrund der Übermittlung elektronischer Briefe gemäß des 480. BA (schriftliche Beschlussfassung) angepasst. Für das 1. und 2. Quartal 2021 werden jeweils 1.320.000 Punkte und für das 3. und 4. Quartal 2021 werden jeweils 547.000 Punkte basiswirksam abgezogen.
3. Mit Wirkung ab 01.01.2021 bis 30.06.2021 (Quartale 1/2021 bis 2/2021) wird der Behandlungsbedarf in Umsetzung des 504. Beschlusses (schriftliche Beschlussfassung) zum „Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“ in jedem Quartal basiswirksam um einen Betrag in H.v. 630.545 Punkten abgesenkt.

4. Mit Wirkung ab dem 01.07.2021 bis 30.06.2022 (Quartale 3/2021 bis 2/2022) werden in Umsetzung des 54. EBA (Sitzung am 14.03.2018) die Leistungen nach den GOP 32459, 32774 und 32775 („Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt. Hierbei wird das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Aufsatzwertebeschlusses angewendet, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten in Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt werden.
5. Aufgehoben durch den 1. Nachtrag zur Honorarvereinbarung 2021.
6. Mit Wirkung ab dem 01.04.2021 bis 31.03.2022 (Quartale 2/2021 bis 1/2022) werden in Umsetzung des 433. BA (22.01.2019) die Leistungen nach den GOP 32480 und 32557 („Labor zu Wirkstoffen Velmanase alfa und Daratumumab“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt. Hierbei wird das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Aufsatzwertebeschlusses angewendet, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten in Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt werden.
7. Mit Wirkung ab dem 01.10.2021 bis 30.09.2022 (Quartale 4/2021 bis 3/2022) werden in Umsetzung des 441. BA Teil D (14.08.2019) die Leistungen nach der GOP 32850 („Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt. Hierbei wird das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Aufsatzwertebeschlusses angewendet, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten in Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt werden.
8. Mit Wirkung ab dem 01.10.2021 bis 30.09.2022 (Quartale 4/2021 bis 3/2022) werden in Umsetzung des 441. BA Teil C (14.08.2019) die Leistungen des Abschnittes 1.7.8 („HIV-Präexpositionsprophylaxe“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt.

3.3.2 Die Vertragspartner treffen in Bezug auf die vereinbarte Förderung der Kinderärzte die nachfolgenden Regelungen, um nach der mit Wirkung ab dem 2. Quartal 2020 vollständig erfolgten Überführung der von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Mittel in die MGV auch zukünftig fortwährend die Verwendung der Mittel für das kinderärztliche Kontingent nachvollziehen zu können:

1. Die KV erklärt sich bereit, auf der Vertreterversammlung der KV Hamburg als Rechtssetzungsorgan für den Verteilungsmaßstab darauf hinzuwirken, dass mit Wirkung ab dem 2. Quartal 2021 im Verteilungsmaßstab eine den Bestimmungen nach Nr. 2 entsprechende Regelung aufgenommen wird, die sicherstellt, dass die quartalsbezogenen Förderungsbeträge der Kinderärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich bei der Ermittlung der Arztgruppen- und Leistungskontingente zunächst unberücksichtigt bleiben (Vorwegabzug) und erst nach Bildung des Arztgruppen- und Leistungskontingents der Kinderärzte diesem vollständig zugeführt werden. Die Vergütung der Kinderärzte erfolgt damit weiterhin ausschließlich nach den Regelungen des Verteilungsmaßstabes.

2. Bei der Berechnung des kinderärztlichen Kontingents wird bei den folgenden Rechenschritten auf Durchschnittswerte abgestellt.

a) Abzug eines 4fachen durchschnittlichen Kinderarztleistungsbedarfs im Vorjahresquartal vom Gesamtleistungsbedarf und vom kinderärztlichen Leistungsbedarfsanteil.

b) Anschließende Errechnung eines bereinigten Aufteilungsfaktors.

c) Abzug des 4fachen durchschnittlichen Kinderarztumsatzes des Vorjahresquartals zuzüglich der allgemeinen Steigerung von der (gesamt-)hausärztlichen MGK.

d) Berechnung der Kontingente aus der verbleibenden Summe mit dem bereinigten Aufteilungsfaktor.

e) Dem Kinderarztkontingent wird sodann der abgezogene 4fache durchschnittliche Kinderarztumsatz des Vorjahresquartals zuzüglich der allgemeinen Steigerung wieder hinzugefügt. Dieses Kontingent ist dann die Grundlage der Honorarverteilung, einschließlich der Leistungen der 4 Sitze.

3. Der errechnete Betrag nach Nr. 2 wird den Krankenkassen unter Benennung des zutreffenden Quartals der Berechnung und der Anwendung mitgeteilt (zum Beispiel: x EUR aus 2/2020 für 2/2021).

4. Die in Ziffer 3.3.2 der Honorarvereinbarung 2020 verfassten Regelungen und Erklärungen behalten ihre Gültigkeit, wobei die unter Nr. 5 beschriebene Überführung der noch verbleibenden 2 Quartale (1/2020 und 2/2020) in die MGK in 2020 umgesetzt wurde.

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

3.5

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

3.5.2 Zu dem nach 3.5.1 festgestellten Behandlungsbedarf wird in Umsetzung des 439. BA (Sitzung am 19.06.2019) und des 441. BA (Sitzung am 14.08.2019) sowie gemäß des 451. BA (Sitzung am 17.09.2019) im Jahr 2021 in jedem Quartal (Quartale 1/2021 bis 4/2021) 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 2021 anzuwendende prozentuale Ausgleichsbetrag beträgt +0,0566 Prozent (513. BA in der Sitzung am 15.09.2020).

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

Die in Ziffer 3.2 erfolgte nähere Beschreibung zur Umsetzung des 526. Beschlusses (schriftliche Beschlussfassung) gilt auch für alle Anwendungsfälle entsprechend Nr. 2.2.2 („Kassenspezifische Anteile am vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal“) des Aufsatzwertebeschlusses.

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

3.6.2 Der gemäß Ziffer 3.6.1 aufgeteilte Behandlungsbedarf wird für jede betroffene Krankenkasse gemäß Nr. 4.7 Ziffer 7 des Bereinigungsbeschlusses um die ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina der jeweiligen

Kasse erhöht. Die Summe der Erhöhung darf maximal dem Abzug in Ziffer 3.5.1 entsprechen.

3.7

3.7.1 Der so auf die Kassen aufgeteilte Behandlungsbedarf ist anschließend gemäß Ziffer 2.2.3 des Aufsatzwertebeschlusses zur Berücksichtigung der Änderungen in der 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 Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der kassenspezifische Behandlungsbedarf gemäß Ziffer 3.7.1 gemäß des zur Bereinigung (TSVG-Konstellationen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V) getroffenen 439. BA - Beschlussteil C - vom 19.06.2019 zuletzt geändert durch den 444. BA (schriftliche Beschlussfassung) 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 bis einschließlich 31.12.2020 zu bereinigen war und damit mit Ausnahme der nachfolgenden Regelungen zur Korrektur nicht Gegenstand dieser Honorarvereinbarung 2021 ist.

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

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

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

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

3. Ferner sind die jeweiligen für die entsprechenden Quartale vom Zeitpunkt der Bereinigung bis zur Korrektur erfolgten
- a) Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V - unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen - sowie
 - b) die basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des BA bzw. EBA zu berücksichtigen.

3.7.1.2 Die Vergütung der Leistungen des Kapitels 25 (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) („Strahlentherapie“) des EBM erfolgt vom 1. Januar 2021 bis zum 31. Dezember 2022 in Umsetzung des hierzu gefassten 513. BA (Sitzung am 15.09.2020) innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

a) Am Ende der Feststellung des kassenspezifischen Aufsatzwerts des bereinigten Behandlungsbedarfs in jedem Abrechnungsquartal des Jahres 2021, gemäß Nummer 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen, wird dieser in den jeweiligen Abrechnungsquartalen 1/2021 – 4/2021 basiswirksam um den auf die jeweilige Krankenkasse gemäß den Vorgaben unter b) entfallenden Anteil der folgende Punktzahlen erhöht:

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

b) Die Aufteilung der Behandlungsbedarfserhöhungen in den jeweiligen Quartalen des Jahres 2021 (1/2021 – 4/2021) auf die Krankenkassen erfolgt nach den jeweiligen Leistungsbedarfsanteilen der Versicherten der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im KV-Bezirk Hamburg an den Leistungen des Kapitels 25 (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) und den Kostenpauschalen 40840 und 40841 des Abschnitts 40.15 des EBM im entsprechenden Quartal des Jahres 2019.

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

Die Berücksichtigung der Morbiditätsveränderung gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V erfolgt gemäß dem Aufsatzwertebeschluss. Dabei erfolgt die Gewichtung der gemäß des 511. BA-Beschluss (Sitzung am 11.08.2020) berechneten Veränderungsraten zu 50 Prozent anhand der Demografie ($-0,1076 \% \cdot 50 \% = -0,0538 \%$) und zu 50 Prozent anhand der Diagnosen ($-0,1173 \% \cdot 50 \% = -0,0587 \%$). Der Aufsatzwert wird damit um -0,1125 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 Versichertenanzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenanzahl der Krankenkasse im Vorjahresquartal, zu addieren.

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

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

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

3.9.5 Mit Wirkung ab 01.01.2021 bis 30.06.2021 (Quartale 1/2021 bis 2/2021) wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in jedem Quartal in Umsetzung des 504. Beschlusses (schriftliche Beschlussfassung) nicht basiswirksam um den Betrag von 34.829 Euro abgesenkt („Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“). Die Aufteilung auf die Krankenkassen erfolgt nach Ziffer 3.6.1, d.h. nach den jeweiligen Leistungsbedarfsanteilen gemäß Nummer 2.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen.

3.10 Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme

der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4. dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht kann ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V unter Beachtung der diesbezüglichen Empfehlungen des Bewertungsausschusses gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V begründet werden. Insoweit eine Nachschusspflicht nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V besteht, werden die diese betreffenden Regelungen in Nr. 8 dieses Vertrages verortet. Insbesondere kann keine Nachschusspflicht aus Regelungen zur Honorarverteilung resultieren.

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

4. Extrabudgetär vergütete Leistungen

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

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

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

4.3 Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

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

4.5 Leistungen des Hautkrebsscreenings nach der GOP 01745, 01746,

4.6 Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

4.7 Leistungen der Strahlentherapie nach den GOP 25228 bis 25230,

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

4.9 Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:

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

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

4.10 Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den GOP 01949 bis 01952, der GOP 01960, sowie bis zum 30. Juni 2021 der GOP 01953.

4.11 Excisionen beim Hautkrebsscreening nach den GOP 10343 und 10344,

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

4.13 Leistungen der Abschnitte 4.5.4 EBM (pädiatrische Nephrologie und Dialyse) und 13.3.6 (Nephrologie und Dialyse) EBM (ohne GOP 13620 - 13622) sowie die

GOP 04000, 04040, 04230 und 04231, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden; einschließlich der leistungsbezogenen Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlungen mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren des Abschnitts 40.14 EBM

4.14 NN

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

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

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

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

4.19 Leistungen nach der GOP 32821 (genotypische Untersuchungen auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus),

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

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

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

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

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

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

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

4.27 Leistungen nach den GOP 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 und 01418, (Haus- und 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 die GOP 99345 und 99315 als Zuschlag auf die GOP 86510 oder 86512 nach der „Onkologie-Vereinbarung“.

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

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

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

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

4.39 Leistungen der Rheumatologie nach den GOP 13690 bis 13692,

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

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

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

4.43 Leistungen nach den 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 GOP 08312 oder 26316 erbracht werden (transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin),

(Die Kennzeichnung von Zystoskopien nach den GOP 08311, 26310 und 26311 bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin

nach den GOP 08312 bzw. 26316 durchgeführt wird, erfolgt anhand bundeseinheitlich kodierter Zusatzkennzeichen.)

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

4.63 Kostenpauschalen 86900 (Versandpauschale eArztbrief) und 86901 (Empfangspauschale eArztbrief) gemäß der Richtlinie über die Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291f SGB V sowie Anlage 8 zur Anlage 32 BMV-Ä,

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

4.65 bis 30.06.2021 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 bis 31.03.2021 Leistungen nach der GOP 32480 und 32557 („Labor zu Wirkstoffen Velmanase alfa und Daratumumab“),

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

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

4.75 NN

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

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

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

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 bis 30.09.2021 Leistungen des Abschnitts 1.7.8 EBM („HIV-Präexpositionsprophylaxe“),

4.84 bis 30.09.2021 Leistungen nach der GOP 32850 (Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA),

4.85 bis 30.09.2021 Leistungen nach der GOP 01451 („Anschubförderung Videosprechstunde“),

- 4.86 Leistungen nach den GOP 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 bis 30.09.2021 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 Leistungen nach der GOP 32816 („Coronavirus“),
- 4.94 Leistungen nach den GOP 04538 und 13678 sowie die Kostenpauschale nach der GOP 40167 („FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab“),
- 4.95 Leistungen nach der GOP 32866 („Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus“),
- 4.96 Leistungen nach der GOP 01660 („Zuschlag zur eArztbrief-Versandpauschale“),
- 4.97 bis 30.06.2021 Leistungen nach der GOP 02402 („Corona-Warn-App“),
- 4.98 Leistungen nach den GOP 40460, 40461 und 40462 („Endoskopische Zusatzinstrumente als Einmalprodukt“), wenn diese im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung nach den GOP 01741, 01742, 04514, 04515, 04520, 08311T, 13421, 13422, 13423, 13430, 26310T oder 26311T, jeweils einschließlich Suffices, abgerechnet werden. Die Kennzeichnung der vorgenannten Leistungen erfolgt beschlussgemäß anhand bundeseinheitlich kodierter Zusatznummern.
- 4.99 Leistungen nach der GOP 01517 „Gabe von Siponimod“),
- 4.100 Zuschlag für Hausbesuche und Covid-Sprechstunde aufgrund Corona-Pandemie vom 01.01.2021 bis 30.06.2021

Entsprechend § 11 der Rechtsverordnung nach § 20i Abs. 3 Satz 2 SGB V werden die Vertragspartner auch vor dem 30. Juni 2021 die nachfolgende Regelung aufheben, wenn der Bundestag die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Abs. 1 Satz 2 IfSG aufhebt. Die Vertragspartner werden bei Fortbestehen der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Abs. 1 Satz 2 IfSG über den 30. Juni 2021 hinaus eine Verlängerung vereinbaren. Vor diesem Hintergrund vereinbaren die Partner dieser

Honorarvereinbarung für 2021 "Zuschläge auf Hausbesuche und Covid-Sprechstunden aufgrund der Corona-Pandemie".

Das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 ist hochinfektiös und hat sich in kurzer Zeit weltweit verbreitet. Auch in Hamburg gibt es mittlerweile zahlreiche Fälle, die u.a. auch dazu geführt haben, dass der Senat der Freien- und Hansestadt Hamburg Allgemeinverfügungen zur Eindämmung des Coronavirus in Hamburg erlassen hat. Die KVH rechnet in Abstimmung mit der BGV für den derzeit nicht auszuschließenden Fall einer weiteren Zunahme von Corona-Erkrankungen mit einer starken Zunahme von entsprechenden Behandlungsbedürftigkeiten im ambulanten Bereich. Nach Lockerung des Kontaktverbotes erwarten viele Experten eine große Welle von Atemwegsinfektionen, womit auch die Gefahr wieder steigt, dass weitere Patienten mit dem Sars-CoV-2-Virus infiziert werden. Deswegen sind für die Sicherstellung der gesamten ambulanten Versorgung alle Anstrengungen der KVH auf die Trennung der Patientenströme gerichtet, weil nur durch die nachfolgenden besonderen Maßnahmen eine Behandlung sichergestellt werden kann, die den hohen Anforderungen durch die Allgemeinverfügungen an die Sicherheitsvorkehrungen zur Vermeidung weiterer Infektionen gerecht wird.

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

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

4.100.1 Zuschlag Hausbesuch

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

4.100.2 Zuschlag Covid-Sprechstunde

Ferner wird für jeden Patienten (a) für den Fall unaufschiebbarer Arztbesuche (b), die aufgrund einer Vermittlung (c) in der Facharztpraxis im Rahmen einer Covid-Sprechstunde (d) vorgenommen werden, ein Zuschlag in Höhe von 10 EUR (GOP 98242) auf die nach den Bestimmungen des EBM in dem Quartal der Inanspruchnahme abrechnungsfähige Versicherten-/Grund und Konsiliarpauschalen

(e) vereinbart. Ein Patient, der aufgrund behördlicher Verfügung in Quarantäne lebt, alarmiert bei Beschwerden seinen Hausarzt oder den „Arztruf Hamburg“. Die Unaufschiebbarkeit des Facharztbesuches in einer Covid-Sprechstunde muss durch den Hausbesuch, den Hausarzt oder den „Arztruf Hamburg“- Arzt festgestellt werden. Die Covid-Sprechstunde kann nur auf Überweisung und nach Zuteilung eines Termins in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme des Termins erfolgt ausschließlich durch ein geeignetes Transportmittel.

Folgende Definitionen sind maßgeblich:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.108 ab 01.04.2021 Leistungen nach den GOP 32855 bis 32857 („Anwendung des Arzneimittels Hepcludex®“),

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

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

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

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 Erfolgschancen bei vollständiger Durchführung der Immuntherapie steigen.

Für die Patienten ist die Behandlung mit Unannehmlichkeiten verbunden, weshalb das Thema „Compliance“ eine wichtige Rolle spielt. Den Vertragspartnern ist bewusst, dass ein Anstieg der Gesamtzahl von allergischen Patienten im Gegensatz zu einem gleichzeitig unterproportionalen Anteil von Patienten, die eine spezifische Immuntherapie erhalten, existiert. Infolge dessen könnten zusätzliche Kosten im Gesundheitswesen durch die Progredienz der Erkrankungen entstehen, z. B. durch eine Zunahme des allergischen Asthmas.¹ Ebenso ist die medikamentöse

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

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.

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 Pflgetag 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.

8.3 Der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) hat in seiner 68. Sitzung am 15.09.2020 für das Jahr 2021 beschlossen, dass die im Zusammenhang mit einem Ausnahmeereignis wie einer Pandemie erbrachten ärztlichen Leistungen besonders gekennzeichnet und nach der Euro- Gebührenordnung vergütet werden, insoweit ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V vorliegt.

Mit der derzeitigen SARS-CoV-2-Pandemie liegt ein solches Ausnahmeereignis vor und nach den Beschlüssen des BA in seiner 537. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wird die entsprechende Kennzeichnung für das Jahr 2021 wie folgt geregelt:

Die Ziffer 88240 ist jeweils an den Tagen, an denen eine Behandlung aufgrund des begründeten klinischen Verdachts (Vorliegen COVID-19-typischer Symptomatik wie akute respiratorische Symptome oder Verlust von Geruchs- und Geschmackssinn oder klinische oder radiologische Hinweise auf eine virale Pneumonie) auf eine Infektion oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) erforderlich wird, vom behandelnden Arzt in der

Abrechnung zu dokumentieren. Der Vergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung aufgrund des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs unterliegen in einem Abrechnungsquartal vorbehaltlich der Verrechnung die von der Arztgruppe des die Ziffer 88240 dokumentierenden Arztes an den Tagen mit Dokumentation der Ziffer 88240 abgerechneten Leistungen sowie die von der Arztgruppe des die Ziffer 88240 dokumentierenden Arztes abgerechneten Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen, Zusatzpauschalen für Pneumologie (GOP 04530 und 13650) und Zusatzpauschalen fachinternistische Behandlung (GOP 13250).

8.4 Die Menge der im Jahr 2021 aufgrund des Ausnahmeereignisses SARS-CoV-2-Pandemie gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 537. Sitzung gekennzeichneten Leistungen wird entsprechend der Ankündigung in Nr. 3.2 des Beschlusses aus der 68. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses am 15. September 2020 mit dem im Beschluss des BA in seiner 540. Sitzung festgelegten Verfahren mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs verrechnet.

Sofern die KV Hamburg einen Bedarf für eine Anpassung der Abschlagsregelungen vor dem Hintergrund des vorliegenden Beschlusses und der dortigen Protokollnotiz feststellt, werden entsprechende Regelungen gesondert vereinbart.

9. Sachlich-rechnerische Berichtigungen

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

10.

10.1 Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V

Honorarkürzungen, die die KV Hamburg wegen fehlenden Nachweises der fachlichen Fortbildung nach § 95d Abs. 3 SGB V vornimmt, sind anteilig für den Fall, der die Leistungen außerhalb der MGV betrifft, an die Krankenkasse zurückzuzahlen. Basis für die Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen ist der Anteil je Krankenkasse am Volumen der Leistungen außerhalb der MGV gemäß Formblatt

(bereichseigen) des die Kürzung betreffenden Quartals. Die Rückzahlung erfolgt jeweils in dem übernächsten Quartal, das auf das die Kürzung betreffenden Quartal folgt. Der Ausweis erfolgt im Formblatt, Kontenart 400, Vorgang 141 für die Fälle nach § 95d Abs. 3 SGB V.

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

Honorarkürzungen, die die KV Hamburg gemäß § 291b Abs. 5 Satz 1 SGB V in Fällen der nicht erfolgten Durchführung der Prüfung nach § 291b Abs. 2 SGB V (Versichertenstammdatendienst) vornimmt, sind anteilig für den Fall, der die Leistungen außerhalb der MGV betrifft, an die Krankenkasse zurückzuzahlen. Basis für die Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen ist der Anteil je Krankenkasse am Volumen der Leistungen außerhalb der MGV gemäß Formblatt (bereichseigen) des die Kürzung betreffenden Quartals. Die Rückzahlung erfolgt jeweils in dem übernächsten Quartal, das auf das die Kürzung betreffenden Quartal folgt. Der Ausweis erfolgt im Formblatt, Kontenart 400 im Vorgang 142 für die Fälle nach § 291b Abs. 5 Satz 1 SGB V. § 291b Abs. 5 Satz 4 und Abs. 4 Satz 1 SGB V gilt.

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

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

11. Kostenerstattung

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

12. Verspätet eingereichte Behandlungsausweise

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

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

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

13. Sonstiges

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

Hamburg, den 10.03.2021

.....
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

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

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

.....
IKK classic

.....
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Nord, Hamburg

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

Honorarvereinbarung 2021 vom 31.10.2020

Anlage 1
zur Honorarvereinbarung 2021

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

wird noch ausgeführt

Honorarvereinbarung 2021 vom 31.10.2020

Anlage 2 zur Honorarvereinbarung 2021

Begriffserläuterung:

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

Spalte b) Einzelkasse: Satzart mit der Endung _IK

Abkürzungen:

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

Quartal 1/2021

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des **Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2021 in Hamburg**

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

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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen Vorjahresquartal (VJQ) (basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im VJQ auf der Grundlage der Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)	x	x
1.a	3.1	Basiswirksame Erhöhung des vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal im Zusammenhang mit der Anpassung humangenetischer Leistungen. 2.213.233 Punkten	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.b		= Schritt 1. + Schritt 1.a	x	x
2.	3.2.1	Addition des erwarteten Mehrbedarfs für die Höherbewertung der GOP 26310 und 26313 ggf. einschl. der Suffixe und Pseudoziffern: (Häufigkeit der GOP 26310 im VJQ * 306 Punkte * KV-spezifische-Abstaffelungsquote) (Häufigkeit der GOP 26313 im VJQ * 31 Punkte * KV-spezifische-Abstaffelungsquote)	x	x
2.a		= Schritt 1.b + Schritt 2.	x	x
3.	3.2.2	Absenkung der MGW aufgrund der Neubewertung der ärztlichen Leistung infolge des Wegfalls von Aufbereitungskosten für mehrfach verwendbare Instrumente (Differenz zwischen der jeweiligen alten und neuen Bewertung der GOP 04511, 08311 [mit Ausnahme der GOP 08311T], 08334, 09315, 09317, 13260, 13400, 13401, 13402, 13662, 26310 [mit Ausnahme der GOP 26310T], 26311 [mit Ausnahme der GOP 26311T] und 30601, jeweils einschl. Suffixes) * Häufigkeit der entsprechenden GOP im entsprechenden Quartal des Jahres 2019	x	x
3.a		= Schritt 2.a - Schritt 3.	x	x
4.	3.2.3	Erhöhung der MGW aufgrund des erwarteten Mehrbedarfs für die GOP 40460 (Häufigkeiten der GOP 08334, 13260, 13401, 13402 und 30601 einschl. Suffixes im jeweiligen Quartal des Jahres 2019) * 7,26 Euro / regionaler Punktwert des Jahres 2021	x	x
4.a	3.2.3	Erhöhung der MGW aufgrund des erwarteten Mehrbedarfs für die GOP 40461 (Summe der Häufigkeiten der GOP 04511, 08311 [mit Ausnahme der GOP 08311T], 09315, 09317, 13400, 13662, 26310 [mit Ausnahme der GOP 26310T] und 26311 [mit Ausnahme der GOP 26311T] einschl. Suffixes im jeweiligen Quartal des Jahres 2019) * 4,12 Euro / regionaler Punktwert des Jahres 2021	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
4.b	3.2.3	Erhöhung der MGV aufgrund des erwarteten Mehrbedarfs für die GOP 40462 (Summe der Häufigkeiten der GOP 04511 und 13400 einschl. Suffices im jeweiligen Quartal des Jahres 2019) * 1,87 Euro / regionaler Punktwert des Jahres 2021	x	x
4.c		= Schritt 3a + Schritt 4 + Schritt 4.a + Schritt 4.b	x	x
5.	3.2.4	Erhöhung der MGV aufgrund des erwarteten Mehrbedarfs der GOP 04417 und 13577 (Summe der Häufigkeiten der GOP 04411, 04413, 04415, 13571, 13573 und 13575 einschl. Suffices im VJQ) * 40 Punkte	x	x
5.a		= Schritt 4.c + Schritt 5.	x	x
6.	3.2.5	Erhöhung der MGV um den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 13691 und 13692 einschl. Suffices (Häufigkeiten der GOP 13691 und 13692 einschl. Suffices im entsprechenden Quartal 2019) * 2 Punkte	x	x
6.a		= Schritt 5.a + Schritt 6.	x	x
7.	3.3 Nr. 1	Anhebung des Behandlungsbedarfs für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der GOP 01700, 01701, 01823, 01824 und 01840 (Chlamydienscreening) sowie der Kostenpauschale 40100 992.000 Punkte	x	
7.a		= Schritt 6.a + Schritt 7.	x	
8.	3.3 Nr. 2	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste 1.320.000 Punkte	x	

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
8.a		= Schritt 7.a - Schritt 8.	x	
9.	3.3 Nr. 3	Anpassung des Behandlungsbedarfs in Umsetzung des 504. BA (Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie) basiswirksam um 630.545 Punkte	x	
9.a		= Schritt 8.a - Schritt 9.	x	
10.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung: ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)	x	x
10.a		= Schritt 9.a - Schritt 10.	x	x
11.	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung (SV_BEVERZICHT_SUM) Bereinigungsvolumina im Fall des Bereinigungsverzichts	x	x
11.a		= Schritt 10.a - Schritt 11.	x	x
12.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten = Schritt 11.a * 0,0566 %	x	x
12.a		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = Schritt 11.a + Schritt 12.	x	x

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
13.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ in Euro (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MG/EGV-Kennzeichen „1“.	x	x
13.a	3.6.1	Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MG/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MG/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen .	x	x
13.b	3.6.1	Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MG/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MG/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert .	x	x
13.c	3.6.1	= Schritt 13. - Schritt 13.a + Schritt 13.b	x	x
13.d		Umrechnung in Punkte = Schritt 13.c / regionaler Punktwert des Jahres 2020	x	x
14.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
14.a		= Schritt 13.d - Schritt 14.	x	x
15.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf = Schritt 14.a Einzelkasse / Schritt 14.a GKV-weit	x	x
16.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = Schritt 12.a. * Schritt 15.	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
17.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuzaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen (max. Wert aus Schritt 11)	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 des anzuwendenden Korrekturbetrages bzgl. der TSVG-Bereinigung.	x	x
19.a	3.7.1.1	= Schritt 18. + Schritt 19.	x	x
20.	3.7.1.2 a)	Feststellung der maßgeblichen Behandlungsbedarfserhöhung für die Leistungen des Kapitels 25 (ohne GOP 25228 bis 25230) „Strahlentherapie“ 30.183.431 Punkte	x	

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
20.a	3.7.1.2 b)	Ermittlung des kassenspezifischen Anteils der Behandlungsbedarfserhöhung für strahlentherapeutische Leistungen des Kapitels 25 (ohne GOP 25228 bis 25230) (Kassenspezifischer Leistungsbedarf der Versicherten an den Leistungen des Kapitels 25 (ohne GOP 25228 bis 25230) und den Kostenpauschalen GOP 40840 und 40841 im entsprechenden Quartal des Jahres 2019) / (GKV-Wert für die vorgenannten Leistungen) im entsprechenden Quartal 2019 * Schritt 20.	x	x
20.b		= Schritt 19.a + Schritt 20.a	x	x
21	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = Schritt 20.b + (Schritt 20.b * (- 0,1125 %))	x	x
22	3.9.1	Gesamtbereinigungsmengen des VJQ	x	x
22.a	3.9.1	Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.2 HON von + 0,0566 %, sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV-EGV Abgrenzung	x	x
22.b	3.9.1	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten = Schritt 22.a / KASSRG87aMGV_IK des VJQ	x	x
22.c	3.9.1	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge = Schritt 22.b * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - KASSRG87aMGV_IK des VJQ)	x	x
22.d	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf = Schritt 21 + Schritt 22.c	x	x
23.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
24.		Ermittlung KASSRG-Wert = Schritt 22.d - Schritt 23.	x	x
24.a		Kassenspezifische MGV in Euro = Schritt 24. * regionaler Punktwert des Jahres 2021	x	x
25.	3.9.5	Nicht basiswirksame Anpassung der MGV um den Betrag von jeweils 34.829 Euro mit dem kassenspezifisch errechneten Betrag gem. 504. BA zum Einsatz von Diagnostika zur schneller und qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie 34.829 Euro * Schritt 15.	x	x
25.a		Kassenspezifische MGV in Euro nach Anpassung gem. 504. BA = Schritt 24.a. - Schritt 25.	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 2/2021

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGv gemäß des Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2021 in Hamburg

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

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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen Vorjahresquartal (VJQ) (basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im VJQ auf der Grundlage der Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)	x	x
1.a	3.1	Basiswirksame Erhöhung des vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal im Zusammenhang mit der Anpassung humangenetischer Leistungen. 2.213.233 Punkten	x	x
1.b		= Schritt 1 + Schritt 1.a	x	x
2.	3.2.2	Absenkung der MGv aufgrund der Neubewertung der ärztlichen Leistung infolge des Wegfalls von Aufbereitungskosten für mehrfach verwendbare Instrumente (Differenz zwischen der jeweiligen alten und neuen Bewertung der GOP 04511, 08311 [mit Ausnahme der GOP 08311T], 08334, 09315, 09317, 13260, 13400, 13401, 13402, 13662, 26310 [mit Ausnahme der GOP 26310T], 26311 [mit Ausnahme der GOP 26311T] und 30601, jeweils einschl. Suffices) * Häufigkeit der entsprechenden GOP im entsprechenden Quartal des Jahres 2019		
2.a		= Schritt 1.b - Schritt 2.	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
3.	3.2.3	Erhöhung der MGV aufgrund des erwarteten Mehrbedarfs für die GOP 40460 (Summe der Häufigkeiten der GOP 08334, 13260, 13401, 13402 und 30601 einschl. Suffices im jeweiligen Quartal des Jahres 2019) * 7,26 Euro / regionaler Punktwert des Jahres 2021	x	x
3.a	3.2.3	Erhöhung der MGV aufgrund des erwarteten Mehrbedarfs für die GOP 40461 (Summe der Häufigkeiten der GOP 04511, 08311 [mit Ausnahme der GOP 08311T], 09315, 09317, 13400, 13662, 26310 [mit Ausnahme der GOP 26310T] und 26311 [mit Ausnahme der GOP 26311T] einschl. Suffices im jeweiligen Quartal des Jahres 2019) * 4,12 Euro / regionaler Punktwert des Jahres 2021	x	x
3.b	3.2.3	Erhöhung der MGV aufgrund des erwarteten Mehrbedarfs für die GOP 40462 (Summe der Häufigkeiten der GOP 04511 und 13400 einschl. Suffices im jeweiligen Quartal des Jahres 2019) * 1,87 Euro / regionaler Punktwert des Jahres 2021	x	x
3.c		= Schritt 2.a + Schritt 3. + Schritt 3.a + Schritt 3.b	x	x
4.	3.2.4	Erhöhung der MGV aufgrund des erwarteten Mehrbedarfs der GOP 04417 und 13577 (Summe Häufigkeiten der GOP 04411, 04413, 04415, 13571, 13573 und 13575 einschl. Suffices im VJQ) * 40 Punkte	x	x
4.a		= Schritt 3.c + Schritt 4.	x	x
5.	3.2.5	Erhöhung der MGV um den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 13691 und 13692 einschl. Suffices (Häufigkeiten der GOP 13691 und 13692 einschl. Suffices im entsprechenden Quartal 2019) * 2 Punkte	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
5.a		= Schritt 4.a + Schritt 5.	x	x
6.	3.3 Nr. 2	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste 1.320.000 Punkte	x	
6.a		= Schritt 5.a - Schritt 6.	x	
7.	3.3 Nr. 3	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Umsetzung des 504. BA (Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie) basiswirksam um 630.545 Punkte	x	
7.a		= Schritt 6.a - Schritt 7.	x	
8.		Aufgehoben durch 1.Nachtrag 2021 (GOP 01611) Rechenwert = NULL	x	x
8.a		= Schritt 7.a + Schritt 8.	x	x
9.	3.3 Nr. 6	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOP 32480 und 32557 (Fachinformation Arzneimittel) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).	x	x
9.a		= Schritt 8.a + Schritt 9.	x	x
10.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung: ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
10.a		= Schritt 9.a - Schritt 10.	x	x
11.	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung (SV_BEVERZICHT_SUM) Bereinigungsvolumina im Fall des Bereinungsverzichts	x	x
11.a		= Schritt 10.a - Schritt 11.	x	x
12.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten = Schritt 11.a * 0,0566 %	x	x
12.a		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = Schritt 11.a + Schritt 12.	x	x

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
13.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ in Euro (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“.	x	x
13.a	3.6.1	Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen .	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
13.b	3.6.1	Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind , obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert .	x	x
13.c	3.6.1	= Schritt 13 - Schritt 13.a + Schritt 13.b	x	x
13.d		Umrechnung in Punkte = Schritt 13.c / regionaler Punktwert des Jahres 2020	x	x
14.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
14.a		= Schritt 13.d - Schritt 14.	x	x
15		Aufgehoben durch 1.Nachtrag 2021 (GOP 01611) Rechenwert = NULL	x	x
15.a	3.6.1 i. V. m. 3.3 Nr. 6	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3 Nr. 6 der HON genannten Leistungen nach den GOP 32480 und 32557 („Labor zu Wirkstoffen Velmanase alfa und Daratumumab“) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
15.b		Angepasste Leistungsmenge in Punkten = Schritt 14.a + Schritt 15 + Schritt 15.a	x	x
16.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf = Schritt 15.b Einzelkasse / Schritt 15.b GKV-weit	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
17.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = Schritt 12.a * Schritt 16.	x	x
18.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen (max. Wert aus Schritt 11)	x	x
18.a		= Schritt 17. + Schritt 18.	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 des anzuwendenden Korrekturbetrages bzgl. der TSVG-Bereinigung.	x	x
20.a	3.7.1.1	= Schritt 19. + Schritt 20.	x	x
21.	3.7.1.2 a)	Feststellung der Behandlungsbedarfserhöhung für die Leistungen des Kapitels 25 (ohne GOP 25228 bis 25230) „Strahlentherapie“ 33.330.940 Punkte	x	

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
21.a	3.7.1.2 b)	Ermittlung des kassenspezifischen Anteils der Behandlungsbedarfserhöhung für strahlentherapeutische Leistungen des Kapitels 25 (ohne GOP 25228 bis 25230) (Kassenspezifischer Leistungsbedarf der Versicherten an den Leistungen des Kapitels 25 (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) und den Kostenpauschalen 40840 und 40841 des Abschnitts 40.15 des EBM im entsprechenden Quartal des Jahres 2019) / (GKV-Wert für die vorgenannten Leistungen) * Schritt 21.	x	x
21.b		= Schritt 20.a + Schritt 21.a	x	x
22.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = Schritt 21.b + (Schritt 21.b * (- 0,1125 %))	x	x
23.	3.9.1	Gesamtbereinigungsmengen des VJQ	x	x
23.a	3.9.1	Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.2 HON von + 0,0566 %, sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV-EGV Abgrenzung	x	x
23.b	3.9.1	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten = Schritt 23.a / KASSRG87aMGV_IK des VJQ	x	x
23.c	3.9.1	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge = Schritt 23b * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - KASSRG87aMGV_IK des VJQ)	x	x
23.d	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf = Schritt 22 + Schritt 23.c	x	x
24.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
25.		Ermittlung KASSRG-Wert = Schritt 23.d - Schritt 24.	x	x
25.a		Kassenspezifische MGV in Euro = Schritt 25. * regionaler Punktwert des Jahres 2021	x	x
26.	3.9.5	Nicht basiswirksame Anpassung der MGV um den Betrag von jeweils 34.829 Euro mit dem kassenspezifisch errechneten Betrag gem. 504. BA zum Einsatz von Diagnostika zur schneller und qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie 34.829 Euro * Schritt 16.	x	x
26.a		Kassenspezifische MGV in Euro nach Anpassung gem. 504. BA = Schritt 25.a - Schritt 26.	x	x

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

Quartal 3/2021

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des
Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2021 in Hamburg

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

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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen Vorjahresquartal (VJQ) (basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im VJQ auf der Grundlage der Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)	x	x
1.a	3.1	Basiswirksame Erhöhung des vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal im Zusammenhang mit der Anpassung humangenetischer Leistungen. 2.213.233 Punkten	x	x
1.b		= Schritt 1 + Schritt 1.a	x	x
2.	3.2.5	Erhöhung der MGV um den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 13691 und 13692 einschl. Suffices (Häufigkeiten der GOP 13691 und 13692 einschl. Suffices im entsprechenden Quartal 2019) * 2 Punkte	x	x
2.a		= Schritt 1.b + Schritt 2.	x	x
3	3.3 Nr. 2	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste 547.000 Punkte	x	
3.a		= Schritt 2.a - Schritt 3.	x	

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
4.	3.3 Nr. 4	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOP 32459, 32774 und 32775 (Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)	x	x
4.a		= Schritt 3.a + Schritt 4.	x	x
5.		Aufgehoben durch 1. Nachtrag 2021 (GOP 01611) Rechenwert = NULL	x	x
5.a		= Schritt 4.a + Schritt 5.	x	x
6.	3.3 Nr. 6	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOP 32480 und 32557 (Fachinformation Arzneimittel) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).	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: ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)	x	x
7.a		= Schritt 6.a - Schritt 7.	x	x
8.	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung (SV_BEVERZICHT_SUM) Bereinigungsvolumina im Fall des Bereinigungsverzichts	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
8.a		= Schritt 7.a - Schritt 8.	x	x
9.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten = Schritt 8.a * 0,0566 %	x	x
9.a		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
10.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ in Euro (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“.	x	x
10.a	3.6.1	Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen .	x	x
10.b	3.6.1	Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert .	x	x
10.c	3.6.1	= Schritt 10 - Schritt 10.a + Schritt 10.b	x	x
10.d		Umrechnung in Punkte = Schritt 10.c / regionaler Punktwert des Jahres 2020	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
11.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
11.a		= Schritt 10.d - Schritt 11.	x	x
12.	3.6.1 i.V.m. 3.3 Nr. 4	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3 Nr. 4 der HON genannten Leistungen nach den GOP 32459, 32774 und 32775 („Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
12.a		Aufgehoben durch 1. Nachtrag 2021 (GOP 01611) Rechenwert = NULL	x	x
12.b	3.6.1 i.V.m. 3.3 Nr. 6	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3 Nr. 6 der HON genannten Leistungen nach den GOP 32480 und 32557 („Labor zu Wirkstoffen Velmanase alfa und Daratumumab“) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
12.c		Angepasste Leistungsmenge in Punkten = Schritt 11.a + Schritt 12 + Schritt 12.a + Schritt 12.b	x	x
13.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf = Schritt 12.c Einzelkasse / Schritt 12.c GKV-weit	x	x
14.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = Schritt 9.a. * Schritt 13.	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
15.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinungsverzicht kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen (max. Wert aus Schritt 8)	x	x
15.a.		= Schritt 14. + Schritt 15.	x	x

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
16.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: = Schritt 15.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)	x	x
17.	3.7.1.1	Ermittlung des Korrekturbetrages bzgl. der TSVG-Bereinigung.	x	x
17.a	3.7.1.1	= Schritt 16. + Schritt 17.	x	x
18.	3.7.1.2 a)	Feststellung der Behandlungsbedarfserhöhung für die Leistungen des Kapitels 25 (ohne GOP 25228 bis 25230) „Strahlentherapie“ 35.645.542 Punkte	x	

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
18.a	3.7.1.2 b)	Ermittlung des kassenspezifischen Anteils der Behandlungsbedarfserhöhung für die strahlentherapeutischen Leistungen des Kapitels 25 (ohne GOP 25228 bis 25230) (Kassenspezifischer LB der Versicherten an den Leistungen des Kapitels 25 (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) und den Kostenpauschalen 40840 und 40841 des Abschnitts 40.15 des EBM im entsprechenden Quartal des Jahres 2019) / (GKV-Wert für die vorgenannten Leistungen) * Schritt 18.	X	X
18.b		= Schritt 17.a + Schritt 18.a	X	X
19	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = Schritt 18.b + (Schritt 18.b * (- 0,1125 %))	X	X
20	3.9.1	Gesamtbereinigungsmengen des VJQ	X	X
20.a	3.9.1	Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.2 HON von + 0,0566 %, sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV-EGV Abgrenzung	X	X
20.b	3.9.1	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten = Schritt 20.a / KASSRG87aMGV_IK des VJQ	X	X
20.c	3.9.1	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge = Schritt 20.b * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - KASSRG87aMGV_IK des VJQ)	X	X
20.d	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf = Schritt 19 + Schritt 20.c	X	X
21.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)	X	X

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
22.		Ermittlung KASSRG-Wert = Schritt 20.d - Schritt 21.	X	X
22.a		Kassenspezifische MGV in Euro = Schritt 22. * regionaler Punktwert des Jahres 2021	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 4/2021

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des
Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2021 in Hamburg

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

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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen Vorjahresquartal (VJQ) (basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im VJQ auf der Grundlage der Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)	x	x
1.a	3.1	Basiswirksame Erhöhung des vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal im Zusammenhang mit der Anpassung humangenetischer Leistungen. 2.213.233 Punkten	x	x
1.b		= Schritt 1 + Schritt 1.a	x	x
2	3.3 Nr. 2	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste 547.000 Punkte	x	x
2.a		= Schritt 1.b - Schritt 2.	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
3.	3.3 Nr. 4	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOP 32459, 32774 und 32775 (Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)	x	x
3.a		= Schritt 2.a + Schritt 3.	x	x
4.		Aufgehoben durch 1.Nachtrag 2021 (GOP 01611) Rechenwert = NULL	x	x
4.a		= Schritt 3.a + Schritt 4.	x	x
5.	3.3 Nr. 6	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOP 32480 und 32557 (Fachinformation Arzneimittel) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).	x	x
5.a		= Schritt 4.a + Schritt 5.	x	x
6.	3.3 Nr. 7	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOP 32850 (Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)	x	x
6.a		= Schritt 5.a + Schritt 6.	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
7.	3.3 Nr. 8	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der des Abschnittes 1.7.8 (HIV-Präexpositionsprophylaxe) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) * Abstaffelungsquote	x	x
7.a		= Schritt 6.a + Schritt 7.	x	x
8.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung: ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)	x	x
8.a		= Schritt 7.a - Schritt 8.	x	x
9.	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung (SV_BEVERZICHT_SUM) Bereinigungsvolumina im Fall des Bereinigungsverzicht	x	x
9.a		= Schritt 8.a - Schritt 9.	x	x
10.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten = Schritt 9.a * 0,0566 %	x	x
10.a		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = Schritt 9.a + Schritt 10.	x	x

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
11.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ in Euro (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MG/EGV-Kennzeichen „1“.	x	x
11.a	3.6.1	Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MG/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind , obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MG/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen .	x	x
11.b	3.6.1	Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MG/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind , obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MG/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzugeaddiert .	x	x
11.c	3.6.1	= Schritt 11 - Schritt 11.a + Schritt 11.b	x	x
11.d		Umrechnung in Punkte = Schritt 11.c / regionaler Punktwert des Jahres 2020	x	x
12.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
12.a		= Schritt 11.d - Schritt 12.	x	x
13	3.6.1 i.V.m. 3.3 Nr. 4	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3 Nr. 4 der HON genannten Leistungen nach den GOP 32459, 32774 und 32775 („Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
13.a		Aufgehoben durch 1. Nachtrag 2021 (GOP 01611) Rechenwert = NULL	x	x
13.b	3.6.1 i.V.m. 3.3 Nr. 6	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3 Nr. 6 der HON genannten Leistungen nach den GOP 32480 und 32557 („Labor zu Wirkstoffen Velmanase alfa und Daratumumab“) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
13.c	3.6.1 i.V.m. 3.3 Nr. 7	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3 Nr. 7 der HON genannten Leistungsmengen nach der GOP 32850 („Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA“) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
13.d	3.6.1 i.V.m. 3.3 Nr. 8	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3 Nr. 8 der HON genannten Leistungsmengen des Abschnittes 1.7.8 („HIV-Präexpositionsprophylaxe“) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten angewandt werden.	x	x
13.e		Angepasste Leistungsmenge in Punkten = Schritt 12.a + Schritt 13 + Schritt 13.a + Schritt 13.b + Schritt 13.c + Schritt 13.d	x	x
14.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf = Schritt 13.e Einzelkasse / Schritt 13.e GKV-weit	x	x
15.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = Schritt 10.a. * Schritt 14.	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
16.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen (max. Wert aus Schritt 9)	x	x
16.a.		= Schritt 15. + Schritt 16.	x	x

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
17.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: = Schritt 16.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)	x	x
18.	3.7.1.1	Ermittlung des anzuwendenden Korrekturbetrages bzgl. der TSVG-Bereinigung.	x	x
18.a	3.7.1.1	= Schritt 17. + Schritt 18.	x	x
19.	3.7.1.2 a)	Feststellung der Behandlungsbedarfserhöhung für die Leistungen des Kapitels 25 (ohne GOP 25228 bis 25230) „Strahlentherapie“ 33.168.141 Punkte	x	

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
19.a	3.7.1.2 b)	Feststellung des kassenspezifischen Anteils der Behandlungsbedarfserhöhung nach Nr. 3.7.1.2 (Strahlentherapie) (Kassenspezifischer LB der Versicherten an den Leistungen des Kapitels 25 (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) und den Kostenpauschalen 40840 und 40841 des Abschnitts 40.15 des EBM im entsprechenden Quartal des Jahres 2019) / (GKV-Wert für die vorgenannten Leistungen) * Schritt 19.	x	x
19.b		= Schritt 18.a + Schritt 19.a	x	x
20	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = Schritt 19.b + (Schritt 19.b * (- 0,1125 %))	x	x
21	3.9.1	Gesamtbereinigungsmengen des VJQ	x	x
21.a	3.9.1	Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.2 HON von + 0,0566 %, sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV-EGV Abgrenzung	x	x
21.b	3.9.1	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten = Schritt 21.a / KASSRG87aMGV_IK des VJQ	x	x
21.c	3.9.1	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge = Schritt 21.b * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - KASSRG87aMGV_IK des VJQ)	x	x
21.d	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf = Schritt 20 + Schritt 21.c	x	x
22.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
23.		Ermittlung KASSRG-Wert = Schritt 21.d - Schritt 22.	x	x
23.a		Kassenspezifische MGV in Euro = Schritt 23. * regionaler Punktwert des Jahres 2021	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.

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2021

Rechenweg des regionalen Punktwertzuschlags gem. Nr. 2 der Honorarvereinbarung 2021 (nach Dau, 2013; lt. BSG-Urteil 2017)

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

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

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

1. Prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

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

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

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

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

Hamburg vgl. zum Bund

auf Grundlage der durchschnittlichen, prozentualen Abweichung $\bar{a}$ (HH vs. Bund) der volkswirtschaftlichen Indikatoren gilt:

$$b_{\text{Praxiskosten}} = (\bar{a} / 2) - 1 \%$$

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

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

$$c_{\text{Personal/Miete}} = b_{\text{Praxiskosten}} * 30 \%$$

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

Begrenzung des prozentualen Zuschlags um 1/3 der Schätzung:

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

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

6.1 Berechnung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr

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

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

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

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

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

7. Berechnung des prozentualen, regionalen Punktwertzuschlags x

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

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

Anlage 4

zur Honorarvereinbarung 2021

Evaluation förderungswürdiger Leistungen und/oder Leistungserbringer

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

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

Zu I.

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

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

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

Zu II.

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

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

Zu III.

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

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

Zu IV.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass für die betreffenden, förderungswürdigen Leistungserbringer die Wirkung der durch die Ziffer 3.3.2 Abs. 1 bis 10 der Honorarvereinbarung 2020 begründeten und beschriebenen Förderung nach Vorliegen der vollständigen arzt- und kassenseitigen Abrechnungsdaten, einschließlich des Quartals 2/2021, evaluiert wird. Dabei werden 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, berücksichtigt. 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.

Anhang 1

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

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

Anhang 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Damit werden die Voraussetzungen des 456. Beschlusses des Bewertungsausschusses über die Grundlagen für Förderungswürdige Leistungen/Leistungserbringer erfüllt.

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

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

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

**Protokollnotiz
zur
Honorarvereinbarung 2021**

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

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

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

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

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

Darüber hinaus treffen die Vertragspartner für alle in dieser Honorarvereinbarung umgesetzten Beschlüsse des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses, deren Umsetzung auch Zeiträume mitumfasst, die über das Jahr 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 überein, dass der 53. EBA, geändert durch den 430. BA, anzuwenden ist. Die Protokollnotiz Nr. 1 des Beschlusses regelt, dass für den Fall, dass bis zum 31. Dezember 2020 festgestellt werden kann, dass für einen Großteil der Vertragsarztpraxen die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum BMV-Ä vorliegen, eine bis dahin extrabudgetär vergütete Leistung in die betroffenen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen als deren Teilleistung überführt wird. Das bedeutet, dass in diesem Fall ab 01.01.2021 die GOP 01641 (Zuschlag Notfalldatensatz) nach den im 53. EBA, geändert durch den 430. BA, in Teil C festgelegten Voraussetzungen im EBM und in Ziffer 4.62 gestrichen wird und gleichzeitig der Behandlungsbedarf nach Maßgabe des Teil C des Beschlusses angehoben wird. Unter diesen Voraussetzungen wird die Protokollnotiz in 2021 umgesetzt.

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

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

c) 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 GOP 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.

d) Die Vertragspartner setzen mit Wirkung ab dem 01.07.2020 den 480. BA (schriftliche Beschlussfassung) zur basiswirksamen Anpassung des Behandlungsbedarfes im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste aufgrund der Übermittlung elektronischer Briefe unter Berücksichtigung der dort genannten Werte um. Das bedeutet, dass die jeweils maßgeblichen Werte gemäß

nachfolgender Tabelle (Angaben in Tsd. Punkten) umgesetzt werden und diese Regelung zu diesem Zwecke in dem Folgejahr 2022 fortgeschrieben wird:

KV-Bezirk	1/2022 – 2/2022	3/2022 – 4/2022	1/2023 – 2/2023
Hamburg	540	44	43

e) Die Vertragspartner werden mit Wirkung ab dem 01.07.2020 den 481. BA (schriftliche Beschlussfassung) umsetzen. Das bedeutet, dass die EGV-Stellung der GOP 01660 zum 30.06.2023 endet. Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz bis 2022 fortgeschrieben.

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

g) Die Vertragspartner werden den 547. BA Teil B (schriftliche Beschlussfassung) umsetzen.

Das bedeutet,

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

Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz bis 2026 fortgeschrieben.

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

i) Die Vertragspartner werden den 549. BA (Sitzung am 17.02.2021) umsetzen, das bedeutet, dass die GOP 32855 bis 32857 gem. Ziffer 4.108 mit Wirkung ab dem 01.04.2023 in die MGV überführt werden. Die Überführung dieser Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt gemäß dem vom Bewertungsausschuss in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechender Folgebeschlüsse, unter Nr. 2.2.1.2 beschlossenen Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz bis 2023 fortgeschrieben.

j) Die Vertragspartner werden den 70. EBA (Sitzung am 17.03.2021) umsetzen, das bedeutet, dass die GOP 01471 gem. Ziffer 4.110 mit Wirkung ab dem 01.01.2023 in die MGV überführt wird. Die Überführung dieser Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt gemäß dem vom Bewertungsausschuss in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechender Folgebeschlüsse, unter Nr. 2.2.1.2 beschlossenen Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, wenn die Mengenentwicklung eine weitere extrabudgetäre Vergütung nicht erfordert. Soweit dazu kein Einvernehmen im Bewertungsausschuss besteht, ist eine Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses herbeizuführen. Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz bis 2023 fortgeschrieben.

k) Die Vertragspartner werden den 69. EBA (Sitzung am 17.02.2021) umsetzen, das bedeutet, dass die GOP 01431 und 01647 (elektronische Patientenakte) gem. Ziffer 4.111 mit Wirkung ab dem 01.01.2023 in die MGV überführt werden. Die Überführung dieser Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt gemäß dem vom Bewertungsausschuss in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechender Folgebeschlüsse, unter Nr. 2.2.1.2 beschlossenen Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, wenn die Mengenentwicklung eine weitere extrabudgetäre Vergütung nicht erfordert. Soweit dazu kein Einvernehmen im Bewertungsausschuss besteht, ist eine Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses herbeizuführen. Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz bis 2023 fortgeschrieben.

5. Den Vertragspartnern ist weiterhin bewusst, dass die Beanstandung des 426. Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 18.09.2018 Gegenstand eines Rechtsstreits beim LSG Berlin-Brandenburg unter dem Aktenzeichen L7KA47/18KL ist.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die nach einem nicht mehr anfechtbaren Urteil in diesem Rechtsstreit geltende oder herzustellende Beschlusslage rückwirkend auf die Honorarvereinbarung 2019 angewendet und insoweit - wenn notwendig - eine Rückabwicklung des Vertrages stattfindet.

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

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

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

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

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

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

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

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

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