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 – Die Innovationskasse,**
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 2026
i. d. F. des 1. Nachtrages

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitlich vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2026“ 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 Euro-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 Euro-Gebührenordnung beträgt 12,7819 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 0,326 Prozent (0,0415 Cent) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 12,7404 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 3.12 sowie den Vorgaben und Empfehlungen des 383. BA in seiner Sitzung am 21.09.2016 zuletzt geändert mit Beschluss des 827. BA (schriftliche Beschlussfassung) und etwaigen Folgebeschlüssen des BA bzw. EBA (im Folgenden „Aufsatzwertebeschluss“) ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals und dem Punktwert nach Ziffer 2.

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.

Dieser wird in Umsetzung des 807. BA (schriftliche Beschlussfassung) für die Abrechnungsquartale 1/2026 bis 3/2026 in jedem der drei Quartale basiswirksam wie folgt erhöht: Der Erhöhungsbetrag ergibt sich für die Quartale 1/2026 bis 3/2026 durch

Multiplikation des jeweiligen Differenzbetrags der alten und neuen Bewertung der Gebührenordnungspositionen 06331 und 06332 mit der Häufigkeit der entsprechenden Gebührenordnungsposition im jeweiligen Vorjahresquartal

3.2 NN

3.3

3.3.1 Zur Berücksichtigung der im Vergleich mit den Vorjahresquartalen geänderten Abgrenzung morbiditätsbedingter von extrabudgetärer Gesamtvergütung ist der Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.2 gemäß den Vorgaben des Aufsatzwertbeschlusses, Ziffer 2.2.1.2 i. V. m. dem 788. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) („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 dem 01.01.2026 bis 31.03.2026 (Quartal 1/2026) wird der Behandlungsbedarf in Umsetzung des 430. BA (12.12.2018) für die Leistungen nach der GOP 01645G sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen“ 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.

2. Mit Wirkung ab dem 01.01.2026 bis 30.06.2026 (Quartal 1/2026 bis 2/2026) wird der Behandlungsbedarf in Umsetzung des 430. BA (12.12.2018) für die Leistungen nach der GOP 01645H sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „Eingriffe zur Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators oder eines CRT-Aggregats“ 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.

3. Mit Wirkung ab dem 01.01.2026 bis 31.12.2026 (Quartal 1/2026 bis 4/2026) werden die nachfolgend aufgeführten Leistungen in Umsetzung des Abgrenzungsbeschlusses 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 bzw. für die GOP

04590 das unter Nr. 5 des 653. BA beschlossene Verfahren und für die GOP 03355 das in Teil A unter Nr. 3.3 i. V. m. Nr. 4 des 85. EBA beschlossene Verfahren angewendet:

a) Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (GOP 03355, 04590 und 13360), wobei die KV spezifische Abstaffelungsquote für die GOP 03355 und 04590 auf eins gesetzt wird.

b) Leistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind, hier: Orale Hyposensibilisierungsbehandlung mit dem Wirkstoff AR101 (Palforzia) (GOP 30133 und 30134),

c) Untersuchung auf das Vorliegen einer Infektion mit dem beta-Coronavirus SARS-CoV-2 (GOP 32779 und 32816), wobei die KV spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird.

d) Leistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels bzw. Empfehlungen des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind, hier: Bestimmung von Antikörpern gegen Adeno-assoziierte Viren (AAV-Antikörper-Nachweis) (GOP 32674), wobei die KV spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird.

e) Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis (GOP 01833),

f) Besondere genetische Untersuchungen, hier: Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus (GOP 32865), wobei die KV spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird.

4. Mit Wirkung ab dem 01.01.2026 bis 31.12.2026 (Quartal 1/2026 bis 4/2026) wird der Behandlungsbedarf in Umsetzung des 430. BA (12.12.2018) für die Leistungen nach der GOP 01645I sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „Eingriffe zur Cholezystektomie“ (Entfernung der Gallenblase) 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.

3.3.2 Im Anschluss daran erfolgt gemäß Nr. 2 des 849. Beschlusses des BA (schriftliche Beschlussfassung) eine basiswirksame Erhöhung des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß Ziffer 3.3.1 dieser Vereinbarung für

- das Abrechnungsquartal 1/2026 in Höhe von 489.638 Punkten,
- das Abrechnungsquartal 2/2026 in Höhe von 639.509 Punkten,
- das Abrechnungsquartal 3/2026 in Höhe von 693.032 Punkten sowie
- das Abrechnungsquartal 4/2026 in Höhe von 564.482 Punkten.

3.4

3.4.1 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 (positiv oder negativ) gemäß Ziffer 3.3.1 dieser Vereinbarung.

3.4.2 Im Anschluss daran erfolgt an dieser Stelle der Abzug der vom Bewertungsausschuss für die Quartale des jeweiligen Kalenderjahres für den jeweiligen KV-Bezirk beschlossenen Differenzbereinigungsmengen in Punkten (positiv oder negativ) zur Bereinigung gemäß § 115f Abs. 3 Satz 7 SGB V um Leistungen, die Bestandteil der Hybrid-DRG sind, von dem festgestellten, bereinigten Behandlungsbedarf gemäß Ziffer 3.4.1 dieser Vereinbarung. Für den KV-Bezirk Hamburg wurde vom Bewertungsausschuss eine für jedes Quartal des Jahres 2026 anzuwendenden Punktzahlmenge in Höhe von **1.863.679 Punkten** festgesetzt.

Die Partner der Honorarvereinbarung stellen fest, dass die Überprüfung der regional vereinbarten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung von der bundeseinheitlichen Abgrenzung für das Jahr 2026 keine Abweichung ergeben hat. Vor diesem Hintergrund verständigen sich die Gesamtvertragspartner, von der vom Beschlussgeber vorgesehenen Öffnungsklausel keinen Gebrauch zu machen. Die anzuwendende Punktzahlmenge beträgt somit für das Jahr 2026 je Quartal **1.863.679 Punkte**.

Die KV Hamburg stellt die beschlusskonforme Übermittlung der Werte an die KBV sicher.

3.5

3.5.1 Sofern Kassen gemäß Nr. 4.7 des 489. BA, zuletzt geändert durch den 622. BA sowie durch den 759. 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 Der gemäß Ziffer 3.5.1 festgestellten Behandlungsbedarf wird in jedem Quartal eines Jahres um die nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses zur Bereinigung offener Sprechstunden in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023 zuletzt geändert durch den 651. BA in schriftlicher Beschlussfassung (Bereinigung Offene Sprechstunde) in Verbindung mit dem Aufsatzwertebeschluss Ziffer 2.2.1.3 für das aktuelle Abrechnungsquartal ermittelte Bereinigungsmenge in Punkten vermindert.

Bzgl. der durch den Beschluss regional abzustimmenden Parameter treffen die Vertragspartner folgende Festlegungen:

1. Leistungen von Teilnehmern an Selektivverträgen nach § 73c SGB V a. F. und § 140a SGB V (inkl. nicht vertragskonformer Inanspruchnahme) liegen im

Versorgungsbereich der KV Hamburg nicht vor. Deshalb werden hierzu keine weiteren Regelungen erforderlich.

2. EBM-Bewertungsänderungen zwischen den Vergleichsquartalen werden wie folgt berücksichtigt: Hierzu wird der Leistungsbedarf in Punkten des Vorjahresquartals mit den EBM-Bewertungen des aktuellen Quartals hinterlegt und diese zum Vergleich der Quartale herangezogen.
3. Die Vertragspartner sehen keinen Bedarf für eine Darstellung, die über die vom INBA verfügbar gemachten Informationen hinausgeht.

3.5.3 Zu dem nach 3.5.2 festgestellten Behandlungsbedarf wird in Umsetzung des 439. BA (Sitzung am 19.06.2019), des 441. BA (Sitzung am 14.08.2019), des 451. BA (Sitzung am 17.09.2019) sowie des 767. BA (schriftliche Beschlussfassung) der durch den Bewertungsausschuss bis spätestens zum 31. August des Vorjahres im Regelverfahren zur jährlichen Ermittlung beschlossene prozentuale Ausgleichsbetrag des Kassenwechslereffekts unter Beachtung des Vorzeichens (positiv oder negativ) hinzuaddiert.

Der für jedes Quartal des Jahres 2026 anzuwendende prozentuale Ausgleichsbetrag beträgt +0,0400 Prozent (806. BA schriftliche Beschlussfassung).

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

3.6.1 Der gemäß Ziffer 3.1 festgestellte und gemäß Ziffer 3.2 bis 3.5 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), den 452. BA (schriftliche Beschlussfassung) und den 559. BA (schriftliche Beschlussfassung) sowie etwaige in Bezug auf die Bereinigung ergehende Folgebeschlüsse nach den dort getroffenen Regelungen in Nr. 1 bis 6 bis einschließlich 31.12.2020 zu bereinigen war und damit mit Ausnahme der nachfolgenden Regelungen zur Korrektur nicht Gegenstand dieser Honorarvereinbarung 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.

3.8 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 794. BA-Beschluss (Sitzung am 26 August 2025) berechneten Veränderungsraten zu 50 Prozent anhand der Demografie ohne Zwischenrundung (-0,3919 % * 50 % = -0,19595 %) und zu 50 Prozent anhand der Diagnosen ohne Zwischenrundung -1,2089 % * 50 % = -0,60445 %). Der Aufsatzwert wird damit um -0,8004 Prozent abgesenkt. Der Ausweis erfolgt stets auf 4 Nachkommastellen.

3.9

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

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

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

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

3.10 Der Bewertungsausschuss hat in seiner 653. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), mit Wirkung zum 01.10.2025 durch den 804. BA (schriftliche Beschlussfassung) ersetzt, sowie korrespondierend hierzu im Aufsatzwertebeschluss Verfahren

1. zur Festsetzung der auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 87b Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V entfallenden morbiditätsbedingen Gesamtvergütung (MGV) mit Gültigkeit für die Quartale 2/2023 bis 4/2023 sowie
2. deren Fortschreibung in den Folgejahren beschlossen und

3. mit Wirkung zum 2. Quartal 2023 in der Nr. 3 des Aufsatzwertebeschlusses Vorgaben zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V („Entquotierung Kinderärzte“) beschlossen.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die vorgenannten Beschlüsse angewendet und umgesetzt werden und vereinbaren hierzu die nachfolgenden Konkretisierungen:

1. In Konkretisierung dieser Vorgaben vereinbaren die Vertragspartner dieser Honorarvereinbarung bei der Bildung des Ausgangsvolumens nach Ziffer. 3 des 653. BA, mit Wirkung zum 01.10.2025 durch den 804. BA (schriftliche Beschlussfassung) ersetzt, die weiteren nachfolgend bezeichneten Volumina einvernehmlich in Abzug zu bringen
   a) **120.366,43 EUR** für in der Honorarauszahlung des 2. Quartals 2022 noch nicht berücksichtigte TSVG-Korrekturen,
   b) **122.702,82 EUR** für die in der Honorarauszahlung des 2. Quartals 2022 berücksichtigte Auflösung des Honorarausgleichsfonds, der auf die Kinderärzte entfiel sowie
   c) **237.762,14 EUR** für die in der Honorarauszahlung des 2. Quartals 2022 berücksichtigte Auflösung von Rückstellungen, die auf die Kinderärzte entfielen.

2. Die gem. des 653. BA, mit Wirkung zum 01.10.2025 durch den 804. BA (schriftliche Beschlussfassung) ersetzt, Ziffer 3 zugrunde zu legende erstmalig festgesetzte, auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin nach § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V entfallende MGV wird gem. des 653. BA, mit Wirkung zum 01.10.2025 durch den 804. BA (schriftliche Beschlussfassung) ersetzt, Ziffer 7 anhand einer Excel-Tabelle zur Verfügung gestellt und beträgt 7.040.375,35 Euro.

2a. Sollten aufgrund festgestellter Korrekturbedarfe nachträgliche Änderungen der MGV notwendig werden, sind die Beträge nach Ziffer 3.10 Nr. 1 a) und 2 entsprechend zu korrigieren, um eine korrekte Berechnung und Feststellung der MGV gem. dieses Vertrages und des Aufsatzwertebeschlusses sicherzustellen.

3. In Konkretisierung dieser Vorgaben gem. Ziffer 6 Nr. 2 vereinbaren die Vertragspartner für den Fall, das die auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallende MGV nach Ziffer 3 des 653. BA, mit Wirkung zum 01.10.2025 durch den 804. BA (schriftliche Beschlussfassung) ersetzt, die Vergütung der in Ziffer 2 des 653. BA definierten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Honorarbegrenzung oder -minderung übersteigt, Zuschläge gemäß § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V.

   Die Partner dieser Vereinbarung werden für diesen Fall im nächsterreichbaren Nachtrag eine konkrete Regelung aufnehmen, die die Berechnung der vorgenannten Zuschläge festlegt.

   Diese werden mit befreiender Wirkung aus der auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV gezahlt. Sofern für die vorgenannten Zuschläge die Kennzeichnung durch die Bundesebene vorgegeben wird, ist diese zu verwenden.

Wird den regionalen Vertragspartnern die Kennzeichnung vorgegeben, erfolgt eine Abstimmung im Rahmen der Rechnungslegung und soweit erforderlich durch die Aufnahme der Kennzeichnungsregel in diese Honorarvereinbarung für diesen Fall im Wege des nächsterreichbaren Nachtrages.

4. Im Rahmen der Rechnungslegung werden die entsprechend der in Ziffer 7 des 653. BA, mit Wirkung zum 01.10.2025 durch den 804. BA (schriftliche Beschlussfassung) ersetzt, festgelegten Tabellen verwendet. Vor diesem Hintergrund wird im Rechenschema nach Anlage 2 zu dieser Vereinbarung lediglich

   a) der Betrag des Ausgangswertes / Honorarvolumens Kinderärzte bzw. dessen Fortschreibung,
   b) die festgestellte Vergütung der in Ziffer 2 des 653. BA, mit Wirkung zum 01.10.2025 durch den 804. BA (schriftliche Beschlussfassung) ersetzt, definierten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Honorarbegrenzung oder -minderung,
   c) die Differenz zwischen b) und a) sowie,
   d) die sich hieraus ergebende jeweilige „Ausgleichzahlung gem. § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V“[1] bzw. das Volumen der zu zahlenden Zuschläge gemäß § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V ausgewiesen.

3.11 Der (Erweiterte-)Bewertungsausschuss hat in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025 Beschluss Teil A und B sowie korrespondierend hierzu im Beschluss Teil C zur Änderung des Aufsatzwertebeschlusses

1. ein Verfahren zur Festsetzung der auf die Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche entfallenden morbiditätsbedingen Gesamtvergütung (MGV) mit Gültigkeit für die Quartale 4/2025 bis 4/2026 sowie

2. deren Fortschreibung in den Folgejahren beschlossen und darüber hinaus

3. Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3c Satz 14 SGB V zur Übermittlung von Transparenzdaten zum Nachweis der erstmaligen Festsetzung und Fortschreibung der Hausarzt-MGV, zur Entwicklung des hausärztlichen Leistungsbedarfs, einer etwaigen Unterschreitung der Hausarzt-MGV und hierfür zu zahlenden Zuschlägen zur Förderung der hausärztlichen Versorgung, zu leistungsbezogenen und nicht leistungsbezogenen Zuschlägen und zusätzlichen Honorarauszahlungen im Jahr 2023 sowie zu den Ausgleichszahlungen beschlossen sowie

4. zur Anpassung und Ergänzung der bestehenden Datenlieferbeschlüsse nach dem 438. Beschluss (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des 640. Beschlusses am 29. März 2023 zur Übermittlung der

[1] Zur klaren Abgrenzung von der KASSRG verwenden die Vertragspartner die Beschreibung für den Vorgang gem. der Formblatt-3-Inhaltsbeschreibung: „Ausgleichzahlung gem. § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V“

Honorarsummen in der Satzart ARZTRG87aKA_SUM rückwirkend ab dem 1. Quartal 2023 sowie

5. Vorgaben zur Änderung des Aufsatzwertebeschlusses für ein Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V beschlossen.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die vorgenannten Beschlüsse angewendet und umgesetzt werden und vereinbaren hierzu die nachfolgenden Konkretisierungen:

I. In Konkretisierung dieser Vorgaben vereinbaren die Vertragspartner dieser Honorarvereinbarung bei der Bildung der Ausgangsvolumina nach Ziffer. 3 des 85. EBA die in den beschlusskonformen Tabellen nach Ziffer 6 des 85. EBA ausgewiesenen sonstigen periodenfremden Sachverhalte abzuziehen bzw. hinzuzufügen.

II. Die sich in Anwendung des 85. EBA ergebenden Werte aus leistungsbezogenen und nicht leistungsbezogenen Zuschlägen sowie sonstigen Honorarzahlungen sind beschlusskonform in den dazu bereitgestellten Transparenzdaten nach Ziffer 6 des 85. EBA in folgender Höhe ausgewiesen:

Tabelle 1 gemäß Beschluss Teil A des 85. EBA		
Leermeldung		
Tabelle 2 gemäß Beschluss Teil A des 85. EBA		
Leermeldung		
Tabelle 3 gemäß Beschluss Teil A des 85. EBA		
Quartal	**Leistungsabgrenzung**	**Betrag**
1-2023	3.1	+ 1.526.980,36 €
	3.2	- 951.282,38 €
2-2023	3.1	+ 1.800.457,27 €
	3.2	+ 690.958,26 €
3-2023	3.1	+ 803.906,95 €
	3.2	- 2.623.365,43 €
4-2023	3.1	+ 1.566.428,23 €
	3.2	+ 3.352.510,12 €

III. Die KV Hamburg dokumentiert die erstmaligen Bestimmungen sowie die Fortschreibungen gemäß den Nrn. 3 bis 5 des 85. EBA gegenüber den Krankenkassen anhand einer Excel-Tabelle, die den jeweiligen Rechenweg abbildet. Sie umfassen den Nachweis der erstmaligen Festsetzung und Fortschreibung der Hausarzt-MGV, der Entwicklung des hausärztlichen Leistungsbedarfs, einer etwaigen – ins Folgequartal zu übertragenden – Unterschreitung der Hausarzt-MGV und hierfür etwaig zu zahlender Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung sowie der Ausgleichszahlungen.

IV. Sollten aufgrund festgestellter Korrekturbedarfe nachträgliche Änderungen der MGV notwendig werden, sind die Beträge entsprechend Ziffer 3.11 röm. I und röm. II zu korrigieren, um eine korrekte Berechnung und Feststellung der MGV gem. dieses Vertrages und des Aufsatzwertebeschlusses sicherzustellen.

V. In Konkretisierung dieser Vorgaben gem. Ziffer 5.2 des 85. EBA vereinbaren die Vertragspartner für den Fall der Unterschreitung, Zuschläge gemäß § 87a Abs. 3c Satz 11 SGB V. Sofern für die vorgenannten Zuschläge die Kennzeichnung durch die Bundesebene vorgegeben wird, ist diese zu verwenden. Wird den regionalen Vertragspartnern die Kennzeichnung vorgegeben, erfolgt eine Abstimmung im Rahmen der Rechnungslegung und soweit erforderlich die Aufnahme der Kennzeichnungsregel in diese Honorarvereinbarung im Wege des nächsterreichbaren Nachtrages.

VI. Vor dem Hintergrund, dass im Rahmen der Rechnungslegung die obengenannten Excel-Tabellen Teil der Rechnungslegung ist, wird in der Anlage 2 zu dieser Vereinbarung lediglich a) die quartalsbezogenen Beträge des Ausgangswertes / Honorarvolumens Hausärzte bzw. deren Fortschreibung, b) die festgestellten Vergütung der in Ziffer 5 des 85. EBA definierten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Honorarbegrenzung oder -minderung, c) die Differenz zwischen b) und a) sowie d) die sich hieraus ergebende jeweilige Ausgleichzahlung gem. § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V[2] bzw. das Volumen der zu zahlenden Zuschläge gemäß § 87a Abs. 3c Satz 11 SGB V ausgewiesen.

3.12 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 nicht vorhersehbaren 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 sowie nach den Regelungen gem. Ziffer 3.10 und 3.11 dieser Honorarvereinbarung. 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.

3.13 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.

[2] Zur klaren Abgrenzung von der KASSRG verwenden die Vertragspartner die Beschreibung für den Vorgang gem. der Formblatt-3-Inhaltsbeschreibung: „Ausgleichzahlung gem. § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V“

4. Extrabudgetär vergütete Leistungen

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

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

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

4.3 Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

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

4.5 Leistungen des Hautkrebsscreenings nach der GOP 01745, 01746,

4.6 Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

4.7 Leistungen der Strahlentherapie nach Kapitel 25 mit Ausnahme der GOP 25215 (Hygienezuschlag). Für die GOP 25335 und 25336 (Brachytherapie) gilt Ziffer 4.116.

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 bis 08540, 08550, 08555, 08558, 08575, 08576, 11301, 11302, 11351, 11352, 11501 bis 11503, 11506, 11508, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33090, 36272, 36503 und 36822 sowie der Kostenpauschalen 32354, 32356, 32357, 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781.

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

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

4.11 Excisionen beim Hautkrebsscreening nach den GOP 10343 und 10344,

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

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

4.24 NN

4.25 NN

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

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

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

4.29

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

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

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

4.30 NN

4.31 Leistung gemäß GOP 34601 (Osteodensitometrische Untersuchung II),

4.32 NN

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 NN

4.38 NN

4.39 Leistungen der Rheumatologie nach den GOP 13690 bis 13692, sowie der Kinderrheumatologie nach den GOP 04001 und 04002, soweit diese zusammen mit der GOP 04550 zur Abrechnung gebracht werden. Die GOP 04550 verbleibt weiterhin in der MGV,

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 NN

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 dem Abschnitt 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 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 NN

4.52 NN

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 NN

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 und 01642 („Notfalldatenmanagement“) sowie Leistungen nach der GOP 01643 (Aktualisierung Notfalldatensatz),

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

4.64 NN

4.65 NN

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

4.67 NN

4.68 NN

4.69 Leistungen nach der GOP 01645 sowie die Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM (Zweitmeinungsverfahren) mit Ausnahme der Indikationen, die in Umsetzung des hierzu maßgeblichen Beschlusses des BA in seiner 430. Sitzung (Sitzung am 12.12.2018) jeweils zu Beginn des zwölften auf das Inkrafttreten der entsprechenden Erweiterung der Richtlinie des G-BA zum Zweitmeinungsverfahren folgenden Quartals wieder innerhalb der MGV vergütet werden,

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

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

4.72 NN

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

4.74 NN

4.75 NN

4.76 Zuschläge Terminvermittlung Facharzt nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 in Verbindung mit § 87 Absatz 2b Satz 3 Nr. 5 in Verbindung mit dem 79. EBA (Sitzung am 14. Dezember 2022) nach der GOP 03008 sowie GOP 04008 (Hausarzt-Vermittlungsfall),

4.77 Zuschläge bzw. Zusatzpauschalen („Zuschläge-TSS-Terminfall/Akutfall/Hausarzt-Vermittlungsfall“) gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 87 Absatz 2b Satz 3 Nr. 1 bis 4 sowie Absatz 2c Satz 3 Nr. 1 bis 4 und Abs. 4, in Verbindung mit § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4 (Akutfall), nach § 75 Absatz 1a Satz 3 (TSS-Terminfall) bzw. nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 (Hausarzt-Vermittlungsfall) in Verbindung mit dem 79. EBA (Sitzung am 14. Dezember 2022).

Dies sind die in das Kapitel 1.3 sowie 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 **200** Prozent Zuschlagshöhe für den „TSS-Akutfall“. Die weiteren Suffixe B mit **100** Prozent, C mit **80** Prozent und D mit **40** Prozent Zuschlagshöhe stehen jeweils für den „TSS-Terminfall“.

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

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

4.78 Leistungen nach Nrn. 3 des § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V zugleich Nr. 3 i. V. m. Nr. 2 des 439. BA vom 19. Juni 2019, zuletzt geändert durch den 79. EBA (Sitzung vom 14.Dezember 2022 - extrabudgetären Vergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3, 4 und 6 SGB V).

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

4.79 Leistungen nach Nrn. 4 des § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V zugleich Nr. 4 i.V.m. Nr. 2 des 439. BA vom 19. Juni 2019, zuletzt geändert durch den 79. EBA (Sitzung vom 14.Dezember 2022 - extrabudgetären Vergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3, 4 und 6 SGB V).

(TSVG-Konstellation: Hausarzt-Vermittlungsfall),

4.80 NN

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 vom 19. Juni 2019, zuletzt geändert durch den 79. EBA (Sitzung vom 14. Dezember 2022 - extrabudgetären Vergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3, 4 und 6 SGB V) in Verbindung mit dem 452. BA Teil B zur Bestimmung eines Algorithmus zur Operationalisierung der Grenze für offene Sprechstunden.

(TSVG-Konstellation: Offene Sprechstunde),

4.82 NN

4.83 bis 31.12.2027 Leistungen des Abschnitts 1.7.8 EBM („HIV-Präexpositions-prophylaxe“),

4.84 bis 31.12.2027 Leistungen nach der GOP 32850 (Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA),

4.85 NN

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

4.87 NN

4.88 bis 31.12.2026 Leistungen nach der GOP 01444 (Authentifizierung),

4.89 NN

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

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

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

4.93 NN

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 NN

4.96 NN

4.97 NN

4.98 Leistungen nach den GOP 40460, 40461 und 40462 („Endoskopische Zusatzinstrumente als Einmalprodukt“), wenn diese im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung nach den GOP 01741, 01742, 04514, 04515, 04520, 08311T, 13421, 13422, 13423, 13430, 26310T oder 26311T, jeweils einschließlich Suffices, abgerechnet werden. Die Kennzeichnung der vorgenannten Leistungen erfolgt beschlussgemäß anhand bundeseinheitlich kodierter Zusatznummern,

4.99 NN

4.100 NN

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 NN

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 NN

4.108 NN

4.109 NN

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

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

4.112 Leistungen nach der GOP 02102 (Infusionstherapie mit Sebelipase alfa oder Velmanase alfa oder Olipudase alfa oder Patisiran oder Enzymtherapie bei Morbus Fabry),

4.113 NN

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

4.115 Leistungen des EBM-Abschnitts 8.6 und der Kostenpauschalen des EBM-Abschnitts 40.12 [Kryokonservierung] sowie die Vergütung der Leistungen nach den GOP 01510 bis 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08575, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33064, 33090, 36272, 36503 und 36822 sowie den GOP 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781 im Zusammenhang mit Leistungen der Kryokonservierung.

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

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

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

4.118 Leistungen zur Gruppenpsychotherapie

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

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

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

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

4.120 Leistungen nach den GOP 01540 bis 01542 (Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen) sowie 01543 bis 01545 (Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels),

4.121 bis einschließlich 31.12.2026 Vergütung der Leistungen nach der GOP 01648 (Erstbefüllung ePA),

4.122 Leistungen nach der GOP 01480 (Beratung über Organ- und Gewebespenden gemäß § 2 Abs. 1a TPG),

4.123 Leistungen nach den GOP 03325, 03326, 04325, 04326, 13578, 13579, 13583 bis 13587 und 40910 (Telemonitoring bei Herzinsuffizienz),

4.124 Leistungen nach der GOP 01472 (Zusatzpauschale Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA vivira),

4.125 NN

4.126 Leistungen nach der GOP 01613 („Zuschlag im Zusammenhang mit der Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation“),

4.127 Leistungen nach der GOP 32868 („Genotypisierung zur Bestimmung des UDP-Glucuronosyltransferase 1A1“),

4.128 NN

4.129

a) Leistungen nach dem Abschnitt 37.5 EBM (KSVPsych-RL) sowie

b) Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 22220 und 23220, die häufiger als 15-mal und bis zum gemäß EBM geltenden Höchstwert im Behandlungsfall im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.5 abgerechnet werden (KSVPsych-RL).

Die Kennzeichnung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 22220 und 23220 für die Sachverhalte nach Buchstabe b) erfolgt anhand bundeseinheitlich kodierter Zusatzkennzeichen. Die Kennzeichnung wird durch die Kassenärztliche Vereinigung vorgenommen,

4.130 Leistungen nach den GOP 09315 und 13662 im Zusammenhang mit der Durchführung einer Erhebung gemäß § 5 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege sowie Leistungen nach den GOP 37700, 37701, 37704 bis 37706 und 37714 („Leistungen im Zusammenhang mit der außerklinischen Intensivpflege gemäß AKI-RL“),

4.131 Leistungen nach den GOP 37710, 37711 und 37720 („Leistungen im Zusammenhang mit der außerklinischen Intensivpflege gemäß AKI-RL“),

4.132 Leistungen nach der GOP 01473 („Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA zanadio“),

4.133 NN

4.134 Ab Inkrafttreten der Anlage 4 ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie Leistungen nach den GOP 30320 bis 30323 („Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvovec“),

4.135 Leistungen nach der GOP 01474 (Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Invirto),

4.136 die Kostenpauschale nach der GOP 40685 („Hochfrequenzablation des Endometriums“),

4.137 Leistungen nach der GOP 32820 („Genotypische CMV-Resistenztestung“),

4.138 Leistungen nach der GOP 01615 („Krankenhausbegleitungs-Richtlinie“),

4.139 Leistungen der kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung, Gespräche, Beratungen, Erörterungen, Abklärungen, Anleitung von Bezugs- oder Kontaktpersonen, Betreuung sowie kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher

Umgebung oder in beschützenden Einrichtungen oder Heimen gem. § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 8 SGB V,

4.140 Leistungen nach den GOP 34720 und 34721 sowie die Kostenpauschale 40585 (Fachinformation Pluvicto),

4.141 Leistungen nach den GOP 01475 und 01476 (DiGA Oviva direkt für Adipositas und Mawendo),

4.142 Leistungen nach der GOP 01546 („Beobachtung und Betreuung bei monoklonaler Antikörpertherapie gegen SARS-CoV-2“),

4.143 Leistungen nach den GOP 01549 (Zusatzpauschale Beobachtung nach intranasaler Anwendung von Esketamin),

4.144 Leistungen nach der GOP 01477 (DiGA companion patella),

4.145 Leistungen nach den GOP 01681 und 01682 („Meldung von Anhaltspunkten/Fallkonferenzen Kinder- und Jugendschutz“),

4.146 Leistungen nach den GOP 30326 ab Inkrafttreten der Anlage 4 ATMP-Qualitätssicherungsrichtlinie und 33105 (Fachinformation Hemgenix®),

4.147 Leistungen nach den GOP 01500 bis 01503 (Nachbeobachtung und Überwachung außerhalb Kapitel 31),

4.148 Leistungen nach den GOP 01521, 01522, 34291 und 34292 (Nachbeobachtung nach invasiver Kardiologie und zur Anästhesie bei kleinchirurgischen Eingriffen),

4.149 Leistungen nach den GOP 04421 und 13552 sowie Leistungen nach den GOP 05310, 05341, 33022 und 33023, sofern sie im Zusammenhang mit Leistungen der GOP 04421 und 13552 erbracht werden (Kardioversion),

4.150 Leistungen nach den GOP 30780 und 30781 (DiGA Berechnungsfähigkeit für Schmerztherapeuten),

4.151 Leistungen nach der GOP 32869 (Fachinformation Camzyos®),

4.152 Leistungen nach den GOP 01858, 01859 und 01907 (Zuschläge für zusätzlichen Hygieneaufwand),

4.153 Leistungen nach den GOP 01965 und 40162 (Meldungen implantatbezogener Maßnahmen nach Implantateregistergesetz),

4.154

a) Leistungen nach den GOP 02344 („perkutane (Nadel-)Biopsie“) und

b) Leistungen nach den GOP 33040, 33042, 33043, 33050, 33091, 33092, 34430, 34441 und 34442, die im Zusammenhang mit Leistungen nach der GOP 02344 als Leistungen gemäß des Vertrages nach § 115b SGB V durchgeführt werden („Begleitleistungen im Zusammenhang mit der GOP 02344“),

4.155 Leistungen nach der GOP 34290 („Angiokardiographie“),

4.156 Leistungen nach den GOP 01478 (DiGA Kranus Lutera),

4.157 bis einschließlich 31.12.2026 Leistungen nach den GOP 05311 (Präanästhesiologische Untersuchung),

4.158 Leistungen nach den GOP 01941 und 01942 (RSV-Prophylaxe) sowie befristet bis 15.09.2026 Leistungen nach der GOP 01943 („Aufklärung und Beratung zur RSV-Prophylaxe“),

4.159 Leistungen nach den GOP 01700 und 01701 (Umsetzung 709. BA Teil G),

4.160 Leistungen nach den GOP 34370 und 34371 („Computertomographie-Koronarangiographie“),

4.161 Leistungen nach den GOP 37800, 37801, 37802, 37804 und 37806 („Umsetzung LongCOV- RL“),

4.162 Leistungen nach der GOP 01479 (DiGA elona therapy Depression),

4.163

a) Leistungen des Abschnitts 37.6 EBM sowie

b) Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 22220 und 23220, die häufiger als 15-mal und bis zum gemäß EBM geltenden Höchstwert im Behandlungsfall im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.6 EBM abgerechnet werden („Umsetzung KJ-KSVPsych-RL“).

Die Kennzeichnung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 22220 und 23220 für die Sachverhalte nach 4.163 b) erfolgt anhand bundeseinheitlich kodierter Zusatzkennzeichen. Die Kennzeichnung wird durch die Kassenärztliche Vereinigung vorgenommen,

4.164 Leistungen nach der GOP 01443 (Nationale Demenzstrategie),

4.165 Leistungen nach der GOP 02345 (Arzneimittel Qalsody®),

4.166 Kostenpauschalen nach der GOP 40102 (Umsetzung Anpassung Kinder-Richtlinie Neugeborenen-Screening),

4.167 Leistungen nach der GOP 01966 (Implantateregister Endoprothesen),

4.168 Leistungen nach der GOP 40909 (Telemonitoring Transmitter)

4.169 Leistungen nach der GOP 33053 (Fraktursonographie bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr),

4.170 Leistungen nach der GOP 01481 (DiGA ProHerz),

4.171 Leistungen nach der GOP 40682 (Fluoreszenzangio-graphische Untersuchung),

4.172 ab 01.04.2026 Leistungen nach der GOP 01482 (DiGA Kranus Mictera),

4.173 ab 01.04.2026 Leistungen nach den GOP 01871, 01875 und 01876 (Lungenkrebsfrüherkennung),

4.174 ab 01.04.2026 Leistungen nach den GOP 01872 und 01878 bis 01881 (Lungenkrebsfrüherkennung),

4.175 ab 01.04.2026 Leistungen nach den GOP 01510, 02101, 02342 und 34410 [*Fachinformtion Itovebi® und Leqembi*] im Zusammenhang mit der Indikationsstellung

und Therapie mit Lecanemab gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation. Die Kennzeichnung der vorgenannten Leistungen erfolgt beschlussgemäß anhand bundeseinheitlich kodierter Zusatznummern,

4.176 ab 01.04.2026 Leistungen

a) nach den GOP 11602 sowie

b) nach den GOP 32407 bis 32409 im Zusammenhang mit der Indikationsstellung und Therapie mit Lecanemab. Die Kennzeichnung der vorgenannten Leistungen erfolgt beschlussgemäß anhand bundeseinheitlich kodierter Zusatznummern.

5. Zuschläge auf besonders förderungswürdige Leistungen

5.1 Hyposensibilisierungsbehandlungen in Verbindung mit Anlage 4

Für Behandlungszyklen von 3 Jahren, die bis zum 31.12.2025 erfolgreich beendet werden:

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.

Für Behandlungszyklen von 3 Jahren, deren erfolgreiche Beendigung nach dem 31.12.2025 eintritt:

Für Hyposensibilisierungsbehandlungen (GOP 30130, 30131) nach drei Jahren Behandlungsdauer wird ein Zuschlag in Höhe von 100,00 EUR einmal je Patient (GOP 98000) gezahlt, wenn und soweit bei der Behandlung durchgehend **ein zugelassenes** Therapie-Allergen verwendet wurde, welches auf der Homepage des PEI gelistet ist. 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.[3] Ebenso ist die medikamentöse Behandlung allergischer Symptome unter Kostengesichtspunkten zu berücksichtigen und unter medizinischen Gesichtspunkten mit Blick auf mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten ggf. problematisch.

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

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

5.2. NN

5.3. Förderung der onkologischen Versorgung in Verbindung mit Anlage 4

1. Die Vertragspartner vereinbaren zur Förderung von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie von Fachärzten für Urologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der „Onkologie-Vereinbarung“ verfügen, einen Zuschlag auf die GOP 26315 bzw. 08345 EBM in Höhe von 191 Punkten (99316 bzw. 99317) als Zuschlag für besonders förderungswürdige Leistungen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V in Verbindung mit dem 456. BA Nr. 2/3. Spiegelstrich.
2. Die Begründung für diese förderungswürdigen Leistungen und die entsprechende Evaluation kann der Anlage 4 entnommen werden.
3. Die Förderung erfolgt für den gesamten Zeitraum der Förderung nach Anlage 4 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die KV Hamburg wird pro Förderjahr die Differenz der tatsächlich für Versicherte mit Wohnort in Hamburg ausgezahlten Fördersumme zu 750.000 EUR ermitteln und teilt diese den Partnern der Honorarvereinbarung unverzüglich mit.
4. Für verbleibende Finanzmittel, die sich für den Zeitraum der Förderung vom 01.01.2025 bis zum 31.12.2025 ergeben sollten, stellen die Partner dieser Honorarvereinbarung fest, dass diese auch nach einem Auslaufen dieser Förderung nicht finanzwirksam bei den Krankenkassen verbleiben, sondern für die Förderung der Versorgung nach den Regelungen dieses Abschnitts Nr. 5.4 verfügbar gemacht werden.

5.4. Förderung der Sehschule

Für die Förderung der Sehschule werden mit Wirkung ab dem 01.01.2024 bis zum 31.12.2026 nach den nachfolgenden Voraussetzungen Zuschläge für förderungswürdige Leistungserbringer nach Maßgabe des 456. BA vereinbart.

1. Die Krankenkassen stellen für die Förderung ein Fördervolumen in H.v. 130.000 EUR als extrabudgetäre Leistung mit Obergrenze für jedes Jahr des Förderzeitraumes zur Verfügung. Für das Jahr 2026 kann das Fördervolumen wie nachfolgend beschrieben erhöht werden: Aus dem Förderjahren 2024 und 2025 werden die quartalsspezifischen Restbeträge aus der Förderung der Sehschule den entsprechenden Quartalen des Förderjahres 2026 zugerechnet. Darüber hinaus werden verbleibende Finanzmittel gem. Ziffer 5.3 Nr. 4 nach ihrer Feststellung den noch nicht abgerechneten Förderquartalen der Sehschule gem. den unter Nr. 2 festgelegten Anteilswerten aufgeteilt. Hinzurechnungen zur Obergrenze werden den Vertragspartnern auf Verbandsebene im Nachweis gem. Nr. 6 transparent ausgewiesen.
2. Die Aufteilung auf die einzelnen Quartale eines Jahres erfolgt quartalsgewichtet:

1. Quartal 2026	2. Quartal 2026	3. Quartal 2026	4. Quartal 2026
26,0% 33.800 EUR Zzgl. Restbeträge gem. Nr. 1 Satz 2 und 3	25,5% 33.150 EUR Zzgl. Restbeträgen gem. Nr. 1 Satz 2 und 3	24,2% 31.460 EUR Zzgl. Restbeträgen gem. Nr. 1 Satz 2 und 3	24,3% 31.590 EUR Zzgl. Restbeträgen gem. Nr. 1 Satz 2 und 3

3. Die Förderung wird quartalsbezogen aus dem zur Verfügung gestellten Fördervolumen je Quartal
   a) in Höhe von 3 Cent bzw. für 2026 in H.v. 8 Cent auf den Punktwert nach Ziffer 2 für die Sehschule bei Patienten mit eingeschränkter Kooperationsfähigkeit (bis vollendetes 5. LJ) auf die Leistungen nach der GOP 06320 gewährt. Voraussetzung hierfür ist, dass arztbezogen die GOP 06320 i.V.m. der GOP 06333 abgerechnet wird und der Arzt die durchgeführte Sehschule mit der Zuschlagsziffer GOP 99318 abrechnet,

   b) in Höhe von 3 Cent bzw. für 2026 in H.v. 8 Cent auf den Punktwert nach Ziffer 2 wird für die Sehschule bei Patienten mit eingeschränkter Kooperationsfähigkeit (vom 6. LJ bis vollendetes 17. LJ oder bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie) auf die Leistung nach der GOP 06321 gewährt. Voraussetzung hierfür ist, dass arztbezogen die GOP 06321

i.V.m. der GOP 06333 abgerechnet wird und der Arzt die durchgeführte Sehschule mit der Zuschlagsziffer GOP 99319 abrechnet.

4. Reichen die von den Krankenkassen je Quartal zur Verfügung gestellten Mittel nicht aus (Überschreiten der quartalsbezogenen Obergrenze), erfolgt eine Vergütung der Zuschläge zu abgestaffelten Preisen. Die Berechnung erfolgt hierbei unter Berücksichtigung aller Versicherten.
5. Werden die von den Krankenkassen je Quartal zur Verfügung gestellten Mittel nicht vollständig ausgeschöpft, werden die insoweit verbleibenden Beträge in das nach Feststellung nächste Quartal übertragen und stehen dort zur Finanzierung der Zuschläge zusätzlich zur Verfügung. Sollten die von den Krankenkassen innerhalb der Laufzeit der Förderung insgesamt zur Verfügung gestellten Mittel auf diese Art und Weise am Ende der Laufzeit nicht vollständig ausgeschöpft sein, verständigen sich die Vertragspartner über die Verwendung der Mittel.
6. Zur kassenseitigen Darstellung der Zuschläge und zum Zwecke der Rechnungslegung erfolgt der Nachweis als extrabudgetäre Leistung im Formblatt 3 mittels des Vorganges 200 anlässlich der jeweiligen Rechnungslegung für das jeweilige Abrechnungsquartal des Förderzeitraumes. Die KV Hamburg ist darüber hinaus verpflichtet, den im Rubrum genannten Vertragspartnern auf Verbandsebene einen quartalsbezogenen Nachweis über die Umsetzung der vorstehenden Regelung im Rahmen der Rechnungslegung zu übermitteln. Hierbei sind auch die Ärzte mit LANR und BSNR zu benennen, die in den jeweiligen Bezirken und Quartal Anspruch auf die Förderung haben.
7. Die vorstehenden Regelungen dienen ausschließlich der Festlegung des Berechnungsmodus für die Zuschläge sowie der Darstellung der Förderung in der Rechnungslegung gegenüber den Kassen. Ein arztindividueller Anspruch ergibt sich daher ausschließlich aus den Regelungen zur Verteilung der vereinbarten Vergütung (Verteilungsmaßstab) und nicht unmittelbar aus den vorstehenden Regelungen.
8. Soweit vorstehend die GOP 06320, 06321, 06333 EBM benannt sind, gelten diese Regelungen stets auch für alle etwaig anfallenden Suffixe sowie unabhängig davon, ob die GOP außerhalb (EGV) oder innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) sind.
9. Mit Vorliegen der Abrechnungsdaten für das 4. Quartal 2024 werden die Vertragspartner prüfen, ob die Entwicklung der Mengendynamik im Bereich der geförderten GOP dazu Veranlassung gibt, die Fördersystematik insbesondere im Hinblick auf die Höhe der ausgewiesenen Zuschläge anzupassen.
10. Die Begründung für diese förderungswürdigen Leistungen und die entsprechende Evaluation kann der Anlage 4 entnommen werden.

5.5. NN

5.6. Förderung der Versorgung von Mukoviszidose-Patienten

Für die Förderung der der Versorgung von Mukoviszidose-Patienten werden mit Wirkung ab dem 01.01.2025 nach den nachfolgenden Voraussetzungen Zuschläge für förderungswürdige Leistungserbringer nach Maßgabe des 456. BA vereinbart.

1. Die Vertragspartner vereinbaren einen Zuschlag in Höhe von 285,00 EUR (GOP 94700) auf die GOP 04000 EBM (Versichertenpauschale), welche die Konkretisierungen durch die GOP 04001 bis 04005 EBM mit allen Suffixen mitumfasst, für förderungswürdige Leistungserbringer nach Maßgabe der hierzu in Anlage 4 getroffenen Regelungen. Der Zuschlag wird außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlt.
2. Die Abrechnung des Zuschlages setzt voraus, dass die förderungswürdigen Leistungserbringer sämtliche Voraussetzungen nach der Anlage 4 zu dieser Förderung erfüllen. Zudem erfolgt eine Vergütung des Zuschlages nur, wenn bei der Abrechnung die entsprechende Diagnose Cystische Fibrose (CF = Mukoviszidose; ICD E84,- G) angegeben wird.
3. Eine Abrechnung der hier vereinbarten Förderung ist neben einer Abrechnung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ausgeschlossen.
4. Zur kassenseitigen Darstellung der Zuschläge und zum Zwecke der Rechnungslegung erfolgt der Nachweis als extrabudgetäre Leistung im Formblatt 3 bis zur Ebene 6 anlässlich der jeweiligen Rechnungslegung für das Abrechnungsquartal des Förderzeitraumes gemäß den jeweils hierzu getroffenen gesamtvertraglichen Regelungen.
5. Für die im Zuge der Etablierung dieser Förderung erforderliche Bereinigung der MGV wird auf Ziffer 3.3.1 Nr. 7 dieser Vereinbarung verwiesen.
6. Die Begründung für diese förderungswürdigen Leistungen und die entsprechende Evaluation kann der Anlage 4 entnommen 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:

   3,88 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:

   7,63 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:

   11,12 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:

   7,63 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:

   11,84 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:

   15,95 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:

   12,94 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:

17,90 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 bereitschaftsdiensthabende 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 Pflegetag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflegetage.

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 Der Bewertungsausschuss hat in seiner 735. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Vorgaben zur Vorbereitung der Empfehlung des Umfangs des nicht

vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für das Jahr 2025 beschlossen.

Insbesondere wurde festgelegt: „Ärztliche Leistungen, die für Versicherte aufgrund der unter Nr. 3 (des 735. Beschlusses) aufgeführten Ereignisse erforderlich werden, sind vom abrechnenden Arzt im Rahmen der Abrechnung unter Berücksichtigung der Vorgaben des Bewertungsausschusses bzw. der Gesamtvertragspartner auf regionaler Ebene gesondert zu kennzeichnen. Im Falle der genannten Ausnahmeereignisse sind die Vorgaben für die Kennzeichnung der abrechnungsfähigen Leistungen jeweils zeitnah zu treffen."

Die Vertragspartner werden vor diesem Hintergrund notwendige Folgeregelung zur Kennzeichnung, Erstattung und Verrechnung zum Gegenstand von Nachträgen zu dieser Vereinbarung machen, sobald dafür Bedarf besteht.

8.3 Die Kassenärztliche Vereinigung erstellt quartalsweise eine Abrechnung der zusätzlichen Stromkosten aller Praxen in ihrem Bezirk nach Maßgabe des 640. BA (Sitzung am 29. März 2023) zuletzt geändert durch den 648. BA (schriftliche Beschlussfassung) („Energiekosten"). Die Beträge werden als **Vorgang 23** im Formblatt 3 ausgewiesen. Zu den Nach- und Rückzahlungen gemäß Ziffer 4 Absatz 2 i.V.m. Absatz 3 des zuvor genannten Beschlusses sowie gegebenenfalls weitere Regelungen zum Abrechnungsverfahren wird folgendes vereinbart: Unter Berücksichtigung der in Ziffer 4 Absatz 3 des zuvor genannten Beschlusses genannten Fristen für die Jahresendabrechnung der betreffenden Praxen erfolgt die Abrechnung von Nach- und Rückzahlungen gegenüber den Krankenkassen im 2. Quartal nach Ablauf des Jahres, für das die Stromkosten durch die Praxis geltend gemacht werden. Für Praxen, denen es gemäß Ziffer 4 Absatz 3 Satz 3 des benannten Beschlusses nicht möglich ist bis zum 31. März 2024 die erforderlichen Unterlagen einzureichen, kommt es im zweiten Quartal 2025 zu einer Abrechnung von Nach- und Rückzahlungen gegenüber den Krankenkassen. Über die Zusammenstellung der zusätzlichen Stromkosten gemäß Ziffer 4 Absatz 2 des zuvor genannten Beschlusses sowie über die praxisbezogenen Jahresabrechnungen unter Berücksichtigung der jeweiligen Abschlagszahlungen gemäß Ziffer 4 Absatz 3 werden die Krankenkassen über eine gesonderte Anlage zur kassenindividuellen Honorarrechnung informiert. Die Abrechnung der Nach- und Rückzahlungen erfolgt über den nach Ziffer 4 Absatz 2 Satz 2 des zuvor genannten Beschlusses genannten Vorgang im Formblatt 3.

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.

Sollten Leistungen außerhalb der MGV betroffen sein, deren zugrundeliegende sachlich-rechnerische Berichtigung bestandskräftig ist und die Teil einer pauschalen

Honorar-Rückforderungen sind, werden diese den Krankenkassen im nächsterreichbaren Formblatt 3 über den Vorgang 50 (EGV-Anteil pauschale Honorar-Kürzungen) erstattet. Zur Bestimmung des EGV-Anteils an den pauschalen Honorar-Rückforderungen wird der durchschnittliche EGV-Anteil der Gesamtvergütung, bezogen auf das Jahr der sachlich-rechnerischen Richtigstellung, herangezogen. Für die Aufteilung des ermittelten EGV-Anteils auf die Kassen werden die quartalsmäßig bestimmten kassenspezifischen MGV-Anteile, bezogen auf das Jahr der sachlich-rechnerischen Richtigstellung, zugrunde gelegt.

10.

10.1 Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V

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

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

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

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

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

10.4 Honorarkürzungen nach § 341 Abs. 6 SGB V

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

10.5 Honorarkürzungen nach § 19a Abs. 4 Ärzte-ZV

Honorarkürzungen, die die KV Hamburg gemäß § 19a Abs. 4 Ärzte-ZV in Fällen der nicht eingehaltenen, anzubietenden Mindestsprechstunden nach § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV 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 139 für die Fälle nach § 19a Abs. 4 Ärzte-ZV.

10.6 Honorarkürzungen nach § 360 Abs. 17 SGB V

Sofern die KV Hamburg Honorarkürzungen gemäß § 360 Abs. 17 SGB V wegen des nicht erbrachten Nachweises über die für die elektronische Ausstellung und Übermittlung der Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln gemäß § 360 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V erforderlichen Komponenten und Dienste vornimmt, sind Leistungen außerhalb der MGV anteilig 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 144 für die Fälle nach § 360 Abs. 17 SGB V.

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 12.08.2026

……..
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 2026 vom 28.10.2025

Anlage 1
zur Honorarvereinbarung 2026

Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg

wird noch ausgeführt

Honorarvereinbarung 2026 - 1. Quartal - Version: 1. Nachtrag				
		Regionaler Punktwert 2026	0,127819 €	
		Regionaler Punktwert 2025	0,123934 €	
		Regionaler Punktwert 2024	0,119339 €	
		Regionaler Punktwert 2023	0,115950 €	
Schritt	**Ziffer HON**		**GKV-weit**	**Einzelkasse**
		Quartal		x
		Abrechnungs-IK		x
		VKNR		x
		Fusionskasse		x
		Kassenart		x
		Kassenart nach Fusion		x
		abgestimmte Versicherte 1/2025	x	x
		Versicherte 1/2026	x	x
1.	**3.1**	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen VJQ (basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im VJQ auf der Grundlage der Satzarten: **KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)**	x	x
2.	**3.1**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der **Höherbewertung der GOPen 06331 und 06332** durch Multiplikation von **Differenzbetrag der alten und neuen Bewertung mit der abgerechneten Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
2.a		**= Schritt 1. + Schritt 2.**	x	x
3.	**3.3.1 Nr. 1**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach der GOP 01645G sowie nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „**Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen**“ in die MGV, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
3.a		**= Schritt 2.a + Schritt 3.**	x	x

4.	**3.3.1 Nr. 2**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach der GOP 01645H sowie nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „**Eingriffe zur Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators oder eines CRT-Aggregats**“ in die MGV, wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
4.a		**= Schritt 3.a + Schritt 4.**	x	x
5.	**3.3.1 Nr. 3a**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOPen 03355, 04590 und 13360 "**kontinuierliche, interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten**" in die MGV, wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote für die GOPen 03355 und 04590 auf eins gesetzt wird, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
5.a		**= Schritt 4.a + Schritt 5.**	x	x
6.	**3.3.1 Nr. 3b**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOPen 30133 und 30134 "**Orale Hyposensibilisierungsbehandlung mit dem Wirkstoff AR101 (Palforzia)**" in die MGV, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten gem. 2.2.1.2 Aufsatzwertebeschluss zur Anwendung kommt, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
6.a		**= Schritt 5.a + Schritt 6.**	x	x
7.	**3.3.1 Nr. 3c**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOPen 32779 und 32816 **"Untersuchung auf das Vorliegen einer SARS-CoV-2-Infektion"** in die MGV, wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
7.a		**= Schritt 6.a + Schritt 7.**	x	x

8.	**3.3.1 Nr. 3d**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach der GOP 32674 "**AAV-Antikörper-Nachweis**" in die MGV, wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
8.a		**= Schritt 7.a + Schritt 8.**	x	x
9.	**3.3.1 Nr. 3e**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach der GOP 01833 "**Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis**" in die MGV, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten gem. 2.2.1.2 Aufsatzwertebeschluss zur Anwendung kommt, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
9.a		**= Schritt 8.a + Schritt 9.**	x	x
10.	**3.3.1 Nr. 3f**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach der GOP 32865 "**Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus**" in die MGV, wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
10.a		**= Schritt 9.a + Schritt 10.**	x	x
11.	**3.3.1 Nr. 4**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach der GOP 01645I sowie nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „**Eingriffe zur Cholezystektomie**“ in die MGV, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt wird, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
11.a		**= Schritt 10.a + Schritt 11.**	x	x

11.b	**3.3.2**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der direkten Erregernachweise in der Mikrobiologie im Abschnitt 32.3 EBM durch Addition von: **489.638 Punkten**	x	x
11.c		**= Schritt 11.a + Schritt 11.b**	x	x
12.	**3.4.1**	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4.1 der Honorarvereinbarung: durch Subtraktion von: **ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)**	x	x
12.a		**= Schritt 11.c - Schritt 12.**	x	x
12.b	**3.4.2**	Berücksichtigung Bereinigung Hybrid-DRG (positiv oder negativ) gem. 3.4.2 der Honorarvereinbarung: durch Subtraktion von: **1.863.679 Punkten**	x	x
12.c		**= Schritt 12.a - Schritt 12.b**		
13.	**3.5.1**	Berücksichtigung der Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung (SV_BEVERZICHT_SUM) durch Subtraktion von: **Bereinigungsvolumina im Fall des Bereinigungsverzichts**	x	x
13.a		**= Schritt 12.c - Schritt 13.**	x	x
14.	**3.5.2**	Berücksichtigung der festgestellten Summe in Punkten zur Bereinigung der offenen Sprechstunde durch Subtraktion von: **Bereinigungsvolumen offenen Sprechstunde**	x	x
14.a		**= Schritt 13.a - Schritt 14.**	x	x
15.	**3.5.3**	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten **= Schritt 14.a * 0,0400 %**	x	x
15.a		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten **= Schritt 14.a + Schritt 15.**	x	x

16.	**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
16.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
16.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
16.c	**3.6.1**	**= Schritt 16. - Schritt 16.a + Schritt 16.b**	x	x
16.d		**Umrechnung in Punkte** **= Schritt 16.c / regionaler Punktwert des Jahres 2025**	x	x
17.	**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, durch Subtraktion	x	x
17.a	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 1**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 1 der HON genannten Leistungen nach der GOP 01645G sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen“ im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden, durch Addition	x	x
17.b	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 2**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 2 der HON genannten Leistungen nach der GOP 01645H sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „Eingriffe zur Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators oder eines CRT-Aggregats“ im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden, durch Addition	x	x

17.c	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3a)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3a) der HON genannten Leistungen nach den GOPen 03355, 04590 und 13360 ("kontinuierliche, interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote für die GOPen 03355 und 04590 auf eins gesetzt wird, durch Addition	x	x
17.d	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3b)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3b) der HON genannten Leistungen nach den GOPen 30133 und 30134 ("Orale Hyposensibilisierungsbehandlung mit dem Wirkstoff AR101 (Palforzia)") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote gem. 2.2.1.2 Aufsatzwertebeschluss zur Anwendung kommt, durch Addition	x	x
17.e	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3c)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3c) der HON genannten Leistungen nach den GOPen 32779 und 32816 ("Untersuchung auf das Vorliegen einer SARS-CoV-2-Infektion") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition	x	x
17.f	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3d)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3d) der HON genannten Leistungen nach der GOP 32674 ("AAV-Antikörper-Nachweis") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition	x	x
17.g	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3e)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3e) der HON genannten Leistungen nach der GOP 01833 ("Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote gem. 2.2.1.2 Aufsatzwertebeschluss zur Anwendung kommt, durch Addition	x	x

17.h	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3f)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3f) der HON genannten Leistungen nach der GOP 32865 ("Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition	x	x
17.i	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 4**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 2 der HON genannten Leistungen nach der GOP 01645I sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „Eingriffe zur Cholezystektomie“ im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden, durch Addition	x	x
17.j		Angepasste Leistungsmenge in Punkten **= Schritt 16.d - Schritt 17 + Schritt 17.a + Schritt 17.b + Schritt 17.c + Schritt 17.d + Schritt 17.e + Schritt 17.f + Schritt 17.g + Schritt 17.h + Schritt 17.i**	x	x
18.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf **= Schritt 17.j Einzelkasse / Schritt 17.j GKV-weit**	x	x
19.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten **= Schritt 15.a. * Schritt 18.**	x	x
20.	**3.6.2**	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht **kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen (max. Wert aus Schritt 13)**	x	x
20.a		**= Schritt 19. + Schritt 20.**	x	x
21.	**3.7.1.**	Anpassung Versichertenzahl: **= Schritt 20.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)**	x	x
22.	**3.7.1.1**	Ermittlung und Abzug des anzuwendenden kassenspezifischen Korrekturbetrages bzgl. der TSVG-Bereinigung	x	x
22.a	**3.7.1.1**	**= Schritt 21. - Schritt 22.**	x	x
23.	**3.8**	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate **= Schritt 22.a + (Schritt 22.a * (- 0,8004 %))**	x	x

24.	**3.9.1**	**Gesamtbereinigungsmengen des VJQ**	x	x
24.a	**3.9.1**	**Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ** unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.3 HON von **+ 0,0400 %** sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV/EGV-Abgrenzung	x	x
24.b	**3.9.1**	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten **= Schritt 24.a / Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ**	x	x
24.c	**3.9.1**	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge **= Schritt 24.b * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ**)	x	x
24.d	**3.9.1**	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf **= Schritt 23. + Schritt 24.c**	x	x
25.	**3.9.2, 3.9.3, 3.9.4**	**Berücksichtigung der Differenzbereinigung** aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)	x	x
26.		Ermittlung **KASSRG-Wert** **= Schritt 24.d - Schritt 25.**	x	x
26.a		Kassenspezifische MGV in Euro **= Schritt 26. * regionaler Punktwert des Jahres 2026** **BASISWIRKSAM**	x	x
KiÄ.a	**3.10**	Betrag des Ausgangswertes / Honorarvolumens Kinderärzte bzw. dessen Fortschreibung in Euro	x	
KiÄ.b	**3.10**	Festgestellte Vergütung der in Nr. 2 des 653. BA definierten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Honorarbegrenzung oder -minderung,	x	
KiÄ.c	**3.10**	die Differenz zwischen KiÄ.b und KiÄ.a	x	
KiÄ.d	**3.10**	Gesonderter visuell abgegrenzter Ausweis der Ausgleichszahlung nach § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V oder des Volumens der zu zahlenden Zuschläge gemäß § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V in Euro	x	x
HÄ.a	**3.11**	Betrag des Ausgangswertes / Honorarvolumens Hausärzte bzw. dessen Fortschreibung in Euro	x	

HÄ.b	**3.11**	Festgestellte Vergütung der in Nr. 2 des 85. E(BA) definierten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Honorarbegrenzung oder -minderung,	x	
HÄ.c	**3.11**	die Differenz zwischen HÄ.b und HÄ.a	x	
HÄ.d	**3.11**	Gesonderter visuell abgegrenzter Ausweis der Ausgleichszahlung nach § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V oder des Volumens der zu zahlenden Zuschläge gemäß § 87a Abs. 3c Satz 11 SGB V in Euro	x	x

Honorarvereinbarung 2026 - 2. Quartal - Version: 1. Nachtrag				
		Regionaler Punktwert 2026	0,127819 €	
		Regionaler Punktwert 2025	0,123934 €	
		Regionaler Punktwert 2024	0,119339 €	
		Regionaler Punktwert 2023	0,115950 €	
Schritt	**Ziffer HON**		**GKV-weit**	**Einzelkasse**
		Quartal		x
		Abrechnungs-IK		x
		VKNR		x
		Fusionskasse		x
		Kassenart		x
		Kassenart nach Fusion		x
		abgestimmte Versicherte 2/2025	x	x
		Versicherte 2/2026	x	x
1.	**3.1**	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen VJQ (basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im VJQ auf der Grundlage der Satzarten: **KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)**	x	x
2.	**3.1**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der **Höherbewertung der GOPen 06331 und 06332** durch Multiplikation von **Differenzbetrag der alten und neuen Bewertung mit der abgerechneten Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
2.a		**= Schritt 1. + Schritt 2.**	x	x
3.	**3.3.1 Nr. 2**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach der GOP 01645H sowie nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „**Eingriffe zur Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators oder eines CRT-Aggregats**“ in die MGV, wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
3.a		**= Schritt 2.a + Schritt 3.**	x	x

4.	**3.3.1 Nr. 3a**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOPen 03355, 04590 und 13360 "**kontinuierliche, interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten**" in die MGV, wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote für die GOPen 03355 und 04590 auf eins gesetzt wird, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
4.a		**= Schritt 3.a + Schritt 4.**	x	x
5.	**3.3.1 Nr. 3b**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOPen 30133 und 30134 "**Orale Hyposensibilisierungsbehandlung mit dem Wirkstoff AR101 (Palforzia)**" in die MGV, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten gem. 2.2.1.2 Aufsatzwertebeschluss zur Anwendung kommt, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
5.a		**= Schritt 4.a + Schritt 5.**	x	x
6.	**3.3.1 Nr. 3c**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOPen 32779 und 32816 **"Untersuchung auf das Vorliegen einer SARS-CoV-2-Infektion"** in die MGV, wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
6.a		**= Schritt 5.a + Schritt 6.**	x	x
7.	**3.3.1 Nr. 3d**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach der GOP 32674 "**AAV-Antikörper-Nachweis**" in die MGV, wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
7.a		**= Schritt 6.a + Schritt 7.**	x	x

8.	**3.3.1 Nr. 3e**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach der GOP 01833 "**Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis**" in die MGV, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten gem. 2.2.1.2 Aufsatzwertebeschluss zur Anwendung kommt, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
8.a		**= Schritt 7.a + Schritt 8.**	x	x
9.	**3.3.1 Nr. 3f**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach der GOP 32865 "**Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus**" in die MGV, wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
9.a		**= Schritt 8.a + Schritt 9.**	x	x
10.	**3.3.1 Nr. 4**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach der GOP 01645I sowie nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „**Eingriffe zur Cholezystektomie**“ in die MGV, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt wird, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
10.a		**= Schritt 9.a + Schritt 10.**	x	x
10.b	**3.3.2**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der direkten Erregernachweise in der Mikrobiologie im Abschnitt 32.3 EBM durch Addition von: **639.509 Punkten**	x	x
10.c		**= Schritt 10.a + Schritt 10.b**	x	x
11.	**3.4.1**	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4.1 der Honorarvereinbarung: durch Subtraktion von: **ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)**	x	x
11.a		**= Schritt 10.c - Schritt 11.**	x	x

11.b	**3.4.2**	Berücksichtigung Bereinigung Hybrid-DRG (positiv oder negativ) gem. 3.4.2 der Honorarvereinbarung: durch Subtraktion von: **1.863.679 Punkten**		
11.c		**= Schritt 11.a - Schritt 11.b**		
12.	**3.5.1**	Berücksichtigung der Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung (SV_BEVERZICHT_SUM) durch Subtraktion von: **Bereinigungsvolumina im Fall des Bereinigungsverzichts**	x	x
12.a		**= Schritt 11.c - Schritt 12.**	x	x
13.	**3.5.2**	Berücksichtigung der festgestellten Summe in Punkten zur Bereinigung der offenen Sprechstunde durch Subtraktion von: **Bereinigungsvolumen offenen Sprechstunde**	x	x
13.a		**= Schritt 12.a - Schritt 13.**	x	x
14.	**3.5.3**	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten **= Schritt 13.a * 0,0400 %**	x	x
14.a		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten **= Schritt 13.a + Schritt 14.**	x	x
15.	**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
15.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
15.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
15.c	**3.6.1**	**= Schritt 15. - Schritt 15.a + Schritt 15.b**	x	x

15.d		**Umrechnung in Punkte** **= Schritt 15.c / regionaler Punktwert des Jahres 2025**	x	x
16.	**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, durch Subtraktion	x	x
16.a	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 2**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 2 der HON genannten Leistungen nach der GOP 01645H sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „Eingriffe zur Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators oder eines CRT-Aggregats“ im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden, durch Addition	x	x
16.b	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3a)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3a) der HON genannten Leistungen nach den GOPen 03355, 04590 und 13360 ("kontinuierliche, interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote für die GOPen 03355 und 04590 auf eins gesetzt wird, durch Addition	x	x
16.c	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3b)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3b) der HON genannten Leistungen nach den GOPen 30133 und 30134 ("Orale Hyposensibilisierungsbehandlung mit dem Wirkstoff AR101 (Palforzia)") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote gem. 2.2.1.2 Aufsatzwertebeschluss zur Anwendung kommt, durch Addition	x	x
16.d	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3c)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3c) der HON genannten Leistungen nach den GOPen 32779 und 32816 ("Untersuchung auf das Vorliegen einer SARS-CoV-2-Infektion") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition	x	x

16.e	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3d)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3d) der HON genannten Leistungen nach der GOP 32674 ("AAV-Antikörper-Nachweis") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition	x	x
16.f	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3e)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3e) der HON genannten Leistungen nach der GOP 01833 ("Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote gem. 2.2.1.2 Aufsatzwertebeschluss zur Anwendung kommt, durch Addition	x	x
16.g	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3f)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3f) der HON genannten Leistungen nach der GOP 32865 ("Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition	x	x
16.h	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 4**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 2 der HON genannten Leistungen nach der GOP 01645I sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „Eingriffe zur Cholezystektomie“ im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden, durch Addition	x	x
16.i		Angepasste Leistungsmenge in Punkten **= Schritt 15.d - Schritt 16 + Schritt 16.a + Schritt 16.b + Schritt 16.c + Schritt 16.d + Schritt 16.e + Schritt 16.f + Schritt 16.g + Schritt 16.h**	x	x
17.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf **= Schritt 16.i Einzelkasse / Schritt 16.i GKV-weit**	x	x
18.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten **= Schritt 14.a. * Schritt 17.**	x	x
19.	**3.6.2**	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht **kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen (max. Wert aus Schritt 12.)**	x	x
19.a		**= Schritt 18. + Schritt 19.**	x	x

20.	**3.7.1.**	Anpassung Versichertenzahl: **= Schritt 19.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)**	x	x
21.	**3.7.1.1**	Ermittlung und Abzug des anzuwendenden kassenspezifischen Korrekturbetrages bzgl. der TSVG-Bereinigung	x	x
21.a	**3.7.1.1**	**= Schritt 20. - Schritt 21.**	x	x
22.	**3.8**	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate **= Schritt 21.a + (Schritt 21.a * (- 0,8004 %))**	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 3.5.3 HON von **+ 0,0400 %** sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV/EGV-Abgrenzung	x	x
23.b	**3.9.1**	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten **= Schritt 23.a / Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ**	x	x
23.c	**3.9.1**	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge **= Schritt 23.b * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - (Versichertenzahl gem. 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
25.		Ermittlung **KASSRG-Wert** **= Schritt 23.d - Schritt 24.**	x	x
25.a		Kassenspezifische MGV in Euro **= Schritt 25. * regionaler Punktwert des Jahres 2026** **BASISWIRKSAM**	x	x

KiÄ.a	**3.10**	Betrag des Ausgangswertes / Honorarvolumens Kinderärzte bzw. dessen Fortschreibung in Euro	x	
KiÄ.b	**3.10**	Festgestellte Vergütung der in Nr. 2 des 653. BA definierten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Honorarbegrenzung oder -minderung,	x	
KiÄ.c	**3.10**	die Differenz zwischen KiÄ.b und KiÄ.a	x	
KiÄ.d	**3.10**	Gesonderter visuell abgegrenzter Ausweis der Ausgleichszahlung nach § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V oder des Volumens der zu zahlenden Zuschläge gemäß § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V in Euro	x	x
HÄ.a	**3.11**	Betrag des Ausgangswertes / Honorarvolumens Hausärzte bzw. dessen Fortschreibung in Euro	x	
HÄ.b	**3.11**	Festgestellte Vergütung der in Nr. 2 des 85. E(BA) definierten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Honorarbegrenzung oder -minderung,	x	
HÄ.c	**3.11**	die Differenz zwischen HÄ.b und HÄ.a	x	
HÄ.d	**3.11**	Gesonderter visuell abgegrenzter Ausweis der Ausgleichszahlung nach § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V oder des Volumens der zu zahlenden Zuschläge gemäß § 87a Abs. 3c Satz 11 SGB V in Euro	x	x

Honorarvereinbarung 2026 - 3. Quartal - Version: 1. Nachtrag				
		Regionaler Punktwert 2026	0,127819 €	
		Regionaler Punktwert 2025	0,123934 €	
		Regionaler Punktwert 2024	0,119339 €	
		Regionaler Punktwert 2023	0,115950 €	
Schritt	**Ziffer HON**		**GKV-weit**	**Einzelkasse**
		Quartal		x
		Abrechnungs-IK		x
		VKNR		x
		Fusionskasse		x
		Kassenart		x
		Kassenart nach Fusion		x
		abgestimmte Versicherte 3/2025	x	x
		Versicherte 3/2026	x	x
1.	**3.1**	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen VJQ (basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im VJQ auf der Grundlage der Satzarten: **KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)**	x	x
2.	**3.1**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der **Höherbewertung der GOPen 06331 und 06332** durch Multiplikation von **Differenzbetrag der alten und neuen Bewertung mit der abgerechneten Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
2.a		**= Schritt 1. + Schritt 2.**	x	x
3.	**3.3.1 Nr. 3a**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOPen 03355, 04590 und 13360 "**kontinuierliche, interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten**" in die MGV, wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote für die GOPen 03355 und 04590 auf eins gesetzt wird, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
3.a		**= Schritt 2.a + Schritt 3.**	x	x

4.	**3.3.1 Nr. 3b**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOPen 30133 und 30134 "**Orale Hyposensibilisierungsbehandlung mit dem Wirkstoff AR101 (Palforzia)**" in die MGV, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten gem. 2.2.1.2 Aufsatzwertebeschluss zur Anwendung kommt, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
4.a		**= Schritt 3.a + Schritt 4.**	x	x
5.	**3.3.1 Nr. 3c**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOPen 32779 und 32816 **"Untersuchung auf das Vorliegen einer SARS-CoV-2-Infektion"** in die MGV, wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
5.a		**= Schritt 4.a + Schritt 5.**	x	x
6.	**3.3.1 Nr. 3d**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach der GOP 32674 "**AAV-Antikörper-Nachweis**" in die MGV, wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
6.a		**= Schritt 5.a + Schritt 6.**	x	x
7.	**3.3.1 Nr. 3e**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach der GOP 01833 "**Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis**" in die MGV, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten gem. 2.2.1.2 Aufsatzwertebeschluss zur Anwendung kommt, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
7.a		**= Schritt 6.a + Schritt 7.**	x	x

8.	**3.3.1 Nr. 3f**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach der GOP 32865 "**Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus**" in die MGV, wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
8.a		**= Schritt 7.a + Schritt 8.**	x	x
9.	**3.3.1 Nr. 4**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach der GOP 01645I sowie nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „**Eingriffe zur Cholezystektomie**“ in die MGV, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt wird, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
9.a		**= Schritt 8.a + Schritt 9.**	x	x
9.b	**3.3.2**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der direkten Erregernachweise in der Mikrobiologie im Abschnitt 32.3 EBM durch Addition von: **693.032 Punkten**	x	x
9.c		**= Schritt 9.a + Schritt 9.b**	x	x
10.	**3.4.1**	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4.1 der Honorarvereinbarung: durch Subtraktion von: **ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)**	x	x
10.a		**= Schritt 9.c - Schritt 10.**	x	x
10.b	**3.4.2**	Berücksichtigung Bereinigung Hybrid-DRG (positiv oder negativ) gem. 3.4.2 der Honorarvereinbarung: durch Subtraktion von: **1.863.679 Punkten**		
10.c		**= Schritt 10.a - Schritt 10.b**		

11.	**3.5.1**	Berücksichtigung der Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung (SV_BEVERZICHT_SUM) durch Subtraktion von: **Bereinigungsvolumina im Fall des Bereinigungsverzichts**	x	x
11.a		**= Schritt 10.c - Schritt 11.**	x	x
12.	**3.5.2**	Berücksichtigung) festgestellten Summe in Punkten zur Bereinigung der offenen Sprechstunde durch Subtraktion von: **Bereinigungsvolumen offenen Sprechstunde**	x	x
12.a		**= Schritt 11.a - Schritt 12.**	x	x
13.	**3.5.3**	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten **= Schritt 12.a * 0,0400 %**	x	x
13.a		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten **= Schritt 12.a + Schritt 13.**	x	x
14.	**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
14.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
14.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
14.c	**3.6.1**	**= Schritt 14. - Schritt 14.a + Schritt 14.b**	x	x
14.d		**Umrechnung in Punkte** **= Schritt 14.c / regionaler Punktwert des Jahres 2025**	x	x

15.	**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, durch Subtraktion	x	x
15.a	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3a)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3a) der HON genannten Leistungen nach den GOPen 03355, 04590 und 13360 ("kontinuierliche, interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote für die GOPen 03355 und 04590 auf eins gesetzt wird, durch Addition	x	x
15.b	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3b)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3b) der HON genannten Leistungen nach den GOPen 30133 und 30134 ("Orale Hyposensibilisierungsbehandlung mit dem Wirkstoff AR101 (Palforzia)") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote gem. 2.2.1.2 Aufsatzwertebeschluss zur Anwendung kommt, durch Addition	x	x
15.c	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3c)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3c) der HON genannten Leistungen nach den GOPen 32779 und 32816 ("Untersuchung auf das Vorliegen einer SARS-CoV-2-Infektion") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition	x	x
15.d	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3d)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3d) der HON genannten Leistungen nach der GOP 32674 ("AAV-Antikörper-Nachweis") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition	x	x
15.e	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3e)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3e) der HON genannten Leistungen nach der GOP 01833 ("Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote gem. 2.2.1.2 Aufsatzwertebeschluss zur Anwendung kommt, durch Addition	x	x

15.f	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3f)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3f) der HON genannten Leistungen nach der GOP 32865 ("Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition	x	x
15.g	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 4**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 2 der HON genannten Leistungen nach der GOP 01645I sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „Eingriffe zur Cholezystektomie“ im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden, durch Addition	x	x
15.h		Angepasste Leistungsmenge in Punkten **= Schritt 14.d - Schritt 15 + Schritt 15.a + Schritt 15.b + Schritt 15.c + Schritt 15.d + Schritt 15.e + Schritt 15.f + Schritt 15.g**	x	x
16.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf **= Schritt 15.h Einzelkasse / Schritt 15.h GKV-weit**	x	x
17.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten **= Schritt 13.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
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 und Abzug des anzuwendenden kassenspezifischen Korrekturbetrages bzgl. der TSVG-Bereinigung	x	x
20.a	**3.7.1.1**	**= Schritt 19. - Schritt 20.**	x	x
21.	**3.8**	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate **= Schritt 20.a + (Schritt 20.a * (- 0,8004 %))**	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 3.5.3 HON von **+ 0,0400 %** sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV/EGV-Abgrenzung	x	x
22.b	**3.9.1**	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten **= Schritt 22.a / Versichertenzahl gem. 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 - (Versichertenzahl gem. 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
24.		Ermittlung **KASSRG-Wert** **= Schritt 22.d - Schritt 23.**	x	x
24.a		Kassenspezifische MGV in Euro **= Schritt 24. * regionaler Punktwert des Jahres 2026** **BASISWIRKSAM**	x	x
KiÄ.a	**3.10**	Betrag des Ausgangswertes / Honorarvolumens Kinderärzte bzw. dessen Fortschreibung in Euro	x	
KiÄ.b	**3.10**	Festgestellte Vergütung der in Nr. 2 des 653. BA definierten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Honorarbegrenzung oder -minderung,	x	
KiÄ.c	**3.10**	die Differenz zwischen KiÄ.b und KiÄ.a	x	
KiÄ.d	**3.10**	Gesonderter visuell abgegrenzter Ausweis der Ausgleichszahlung nach § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V oder des Volumens der zu zahlenden Zuschläge gemäß § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V in Euro	x	x

HÄ.a	**3.11**	Betrag des Ausgangswertes / Honorarvolumens Hausärzte bzw. dessen Fortschreibung in Euro	x	
HÄ.b	**3.11**	Festgestellte Vergütung der in Nr. 2 des 85. E(BA) definierten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Honorarbegrenzung oder -minderung,	x	
HÄ.c	**3.11**	die Differenz zwischen HÄ.b und HÄ.a	x	
HÄ.d	**3.11**	Gesonderter visuell abgegrenzter Ausweis der Ausgleichszahlung nach § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V oder des Volumens der zu zahlenden Zuschläge gemäß § 87a Abs. 3c Satz 11 SGB V in Euro	x	x

Honorarvereinbarung 2026 - 4. Quartal - Version: 1. Nachtrag				
		Regionaler Punktwert 2026	0,127819 €	
		Regionaler Punktwert 2025	0,123934 €	
		Regionaler Punktwert 2024	0,119339 €	
		Regionaler Punktwert 2023	0,115950 €	
Schritt	**Ziffer HON**		**GKV-weit**	**Einzelkasse**
		Quartal		x
		Abrechnungs-IK		x
		VKNR		x
		Fusionskasse		x
		Kassenart		x
		Kassenart nach Fusion		x
		abgestimmte Versicherte 4/2025	x	x
		Versicherte 4/2026	x	x
1.	**3.1**	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen VJQ (basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im VJQ auf der Grundlage der Satzarten: **KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)**	x	x
2.	**3.3.1 Nr. 3a**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOPen 03355, 04590 und 13360 "**kontinuierliche, interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten**" in die MGV, wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote für die GOPen 03355 und 04590 auf eins gesetzt wird, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
2.a		**= Schritt 1. + Schritt 2.**	x	x
3.	**3.3.1 Nr. 3b**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOPen 30133 und 30134 "**Orale Hyposensibilisierungsbehandlung mit dem Wirkstoff AR101 (Palforzia)**" in die MGV, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten gem. 2.2.1.2 Aufsatzwertebeschluss zur Anwendung kommt, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
3.a		**= Schritt 2.a + Schritt 3.**	x	x

4.	**3.3.1 Nr. 3c**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOPen 32779 und 32816 **"Untersuchung auf das Vorliegen einer SARS-CoV-2-Infektion"** in die MGV, wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
4.a		**= Schritt 3.a + Schritt 4.**	x	x
5.	**3.3.1 Nr. 3d**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach der GOP 32674 "**AAV-Antikörper-Nachweis**" in die MGV, wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
5.a		**= Schritt 4.a + Schritt 5.**	x	x
6.	**3.3.1 Nr. 3e**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach der GOP 01833 "**Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis**" in die MGV, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten gem. 2.2.1.2 Aufsatzwertebeschluss zur Anwendung kommt, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
6.a		**= Schritt 5.a + Schritt 6.**	x	x
7.	**3.3.1 Nr. 3f**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach der GOP 32865 "**Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus**" in die MGV, wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
7.a		**= Schritt 6.a + Schritt 7.**	x	x
8.	**3.3.1 Nr. 4**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach der GOP 01645I sowie nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „**Eingriffe zur Cholezystektomie**“ in die MGV, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt wird, durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x

8.a		**= Schritt 7.a + Schritt 8.**	x	x
8.b	**3.3.2**	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der direkten Erregernachweise in der Mikrobiologie im Abschnitt 32.3 EBM durch Addition von: **564.482 Punkten**	x	x
8.c		**= Schritt 8.a + Schritt 8.b**	x	x
9.	**3.4.1**	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4.1 der Honorarvereinbarung: durch Subtraktion von: **ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)**	x	x
9.a		**= Schritt 8.c - Schritt 9.**	x	x
9.b	**3.4.2**	Berücksichtigung Bereinigung Hybrid-DRG (positiv oder negativ) gem. 3.4.2 der Honorarvereinbarung: durch Subtraktion von: **1.863.679 Punkten**		
9.c		**= Schritt 9.a - Schritt 9.b**		
10.	**3.5.1**	Berücksichtigung der Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung (SV_BEVERZICHT_SUM) durch Subtraktion von:	x	x
10.a		**= Schritt 9.c - Schritt 10.**	x	x
11.	**3.5.2**	Berücksichtigung der festgestellten Summe in Punkten zur Bereinigung der offenen Sprechstunde durch Subtraktion von: **Bereinigungsvolumen offenen Sprechstunde**	x	x
11.a		**= Schritt 10.a - Schritt 11.**	x	x
12.	**3.5.3**	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten **= Schritt 11.a * 0,0400 %**	x	x
12.a		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten **= Schritt 11.a + Schritt 12.**	x	x
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
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 2025**	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, durch Subtraktion	x	x
14.a	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3a)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3a) der HON genannten Leistungen nach den GOPen 03355, 04590 und 13360 ("kontinuierliche, interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote für die GOPen 03355 und 04590 auf eins gesetzt wird, durch Addition	x	x
14.b	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3b)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3b) der HON genannten Leistungen nach den GOPen 30133 und 30134 ("Orale Hyposensibilisierungsbehandlung mit dem Wirkstoff AR101 (Palforzia)") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote gem. 2.2.1.2 Aufsatzwertebeschluss zur Anwendung kommt, durch Addition	x	x
14.c	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3c)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3c) der HON genannten Leistungen nach den GOPen 32779 und 32816 ("Untersuchung auf das Vorliegen einer SARS-CoV-2-Infektion") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition	x	x

14.d	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3d)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3d) der HON genannten Leistungen nach der GOP 32674 ("AAV-Antikörper-Nachweis") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition	x	x
14.e	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3e)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3e) der HON genannten Leistungen nach der GOP 01833 ("Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote gem. 2.2.1.2 Aufsatzwertebeschluss zur Anwendung kommt, durch Addition	x	x
14.f	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3f)**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3f) der HON genannten Leistungen nach der GOP 32865 ("Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus") im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird, durch Addition	x	x
14.g	**3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 4**	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 2 der HON genannten Leistungen nach der GOP 01645I sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „Eingriffe zur Cholezystektomie“ im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden, durch Addition	x	x
14.h		Angepasste Leistungsmenge in Punkten **= Schritt 13.d - Schritt 14 + Schritt 14.a + Schritt 14.b + Schritt 14.c + Schritt 14.d + Schritt 14.e + Schritt 14.f + Schritt 14.g**	x	x
15.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf **= Schritt 14.h Einzelkasse / Schritt 14.h GKV-weit**	x	x
16.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten **= Schritt 12.a. * Schritt 15.**	x	x
17.	**3.6.2**	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht **kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen (max. Wert aus Schritt 10.)**	x	x

17.a		**= Schritt 16. + Schritt 17.**	x	x
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 und Abzug des anzuwendenden kassenspezifischen Korrekturbetrages bzgl. der TSVG-Bereinigung	x	x
19.a	**3.7.1.1**	**= Schritt 18. - Schritt 19.**	x	x
20.	**3.8**	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate **= Schritt 19.a + (Schritt 19.a * (- 0,8004 %))**	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 3.5.3 HON von **+ 0,0400 %** sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV/EGV-Abgrenzung	x	x
21.b	**3.9.1**	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten **= Schritt 21.a / Versichertenzahl gem. 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 - (Versichertenzahl gem. 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
23.		Ermittlung **KASSRG-Wert** **= Schritt 21.d - Schritt 22.**	x	x
23.a		Kassenspezifische MGV in Euro **= Schritt 23. * regionaler Punktwert des Jahres 2026** **BASISWIRKSAM**	x	x
KiÄ.a	**3.10**	Betrag des Ausgangswertes / Honorarvolumens Kinderärzte bzw. dessen Fortschreibung in Euro	x	

KiÄ.b	**3.10**	Festgestellte Vergütung der in Nr. 2 des 653. BA definierten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Honorarbegrenzung oder -minderung,	x	
KiÄ.c	**3.10**	die Differenz zwischen KiÄ.b und KiÄ.a	x	
KiÄ.d	**3.10**	Gesonderter visuell abgegrenzter Ausweis der Ausgleichszahlung nach § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V oder des Volumens der zu zahlenden Zuschläge gemäß § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V in Euro	x	x
HÄ.a	**3.11**	Betrag des Ausgangswertes / Honorarvolumens Hausärzte bzw. dessen Fortschreibung in Euro	x	
HÄ.b	**3.11**	Festgestellte Vergütung der in Nr. 2 des 85. E(BA) definierten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Honorarbegrenzung oder -minderung,	x	
HÄ.c	**3.11**	die Differenz zwischen HÄ.b und HÄ.a	x	
HÄ.d	**3.11**	Gesonderter visuell abgegrenzter Ausweis der Ausgleichszahlung nach § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V oder des Volumens der zu zahlenden Zuschläge gemäß § 87a Abs. 3c Satz 11 SGB V in Euro	x	x

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2026
vom 28.10.2025

Rechenweg des regionalen Punktwertzuschlags gem. Nr. 2 der Honorarvereinbarung 2026 (nach Dau, 2013; lt. BSG-Urteil 2017)

→ Basierend auf drei volkswirtschaftliche Indikatoren

- Arbeitnehmerentgelt je Arbeitnehmer [1]
- Arbeitnehmerentgelt je geleisteter Arbeitsstunde [2]
- Bruttoinlandsprodukt je Einwohner [3]

→ 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: $a_{1,2,3}$ = ((Wert_HH / 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 $b_{Praxiskosten}$ in Hamburg vgl. zum Bund***

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

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

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

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

   Begrenzung des prozentualen Zuschlags um 1/3 der Schätzung:
   $c_{Personal/Miete**} = c_{Personal/Miete} - (c_{Personal/Miete} / 3)$

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

6.1 Berechnung der Steigerung des aktuellen OPWs zum Vorjahr $d_{OPW_Differenz}$ [cent] = $OPW_{aktuell}$ [cent] - $OPW_{Vorjahr}$ [cent]

6.2 Berechnung des Zuschlags basierend auf $OPW_{Vorjahr}$: $e_{Zuschlag_OPW\ Vorjahr}$ [cent] = $OPW_{Vorjahr}$ [cent] * $c_{Personal/Miete**}$

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

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

7. ***Berechnung des prozentualen, regionalen Punktwertzuschlags x***

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

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 2026
vom 28.10.2025

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 - Förderung der Hyposensibilisierungsbehandlung

II. NN

III. Regelungen in Ziffer 5.3 - Förderung der Onkologie

IV. Regelungen in Ziffer 5.4. - Förderung der Sehschule

V. NN

VI. Regelungen in Ziffer 5.6. – Förderung der Versorgung von Mukoviszidose-Patienten

Zu I. Förderung der Hyposensibilisierungsbehandlung nach Ziffer 5.1.

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

1. Die Beschreibung des Versorgungsproblems: Siehe Ziffer 5.1. der Honorarvereinbarung.
2. Maßnahme: Siehe Ziffer 5.1 der Honorarvereinbarung.
3. Begründung: Siehe Ziffer 5.1. der Honorarvereinbarung.
4. Ziel: Die abgerechnete Zuschlagsziffer soll im Vergleich zum Basisjahr 2024 vom 01.01.2025 bis zum 31.12.2026 um durchschnittlich 2,5 Prozent steigen (vgl. Hierzu Anhang 1). Hierbei ist zu beachten, dass, aufgrund der Umstellung auf zugelassene Therapie-Allergene ab dem 01.01.2026, eine angepasste Grundgesamtheit des Basisjahres herangezogen werden muss.
5. Der Förderzeitraum soll drei Jahre umfassen. Der Evaluationszeitraum, zugleich Datenerhebungszeitraum soll zwei Jahre (Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2026) sowie als Basisjahr für die entsprechenden Vergleichsbetrachtungen das Jahr 2024 umfassen.
6. Nach Erstellung der Evaluation wird diese von der KVH spätestens zwei Monate nach Bereitstellung der EFN-Daten des letzten Quartals im Datenerhebungszeitraum 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 2024 und dem Ende der Evaluationszeit aufgetretenen strukturellen (TSVG, EBM-Reform, etc..) 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 III. Förderung der Onkologie nach Ziffer 5.3.

Die Vertragspartner haben vereinbarungsgemäß auf Grundlage der Abrechnungsinformationen einschließlich bis zum Quartal 4/2022 die bisherige Förderung einer Evaluation unterzogen und in der vorgenommenen Bewertung festgestellt, dass auch zukünftig eine Förderung zur Erreichung der ursprünglichen Ziele notwendig ist. Vor diesem Hintergrund wurden die Zuschläge nunmehr unter Ziffer 5.3 der Honorarvereinbarung weiter konkretisiert und die nachfolgende Evaluation vereinbart.

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 5.3 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 den auf die Förderung ab 2024 adjustierte Fallzahlen von 2023 stabilisieren.
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 (vgl. hierzu Anhang 3). Die KV Hamburg wird diese Zahl erheben und den Vertragspartnern mitteilen sowie im Rahmen einer Nachtragfassung aufnehmen
6. Der Förderzeitraum soll vier Jahre umfassen (Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2027). Der Evaluationszeitraum, zugleich Datenerhebungszeitraum soll drei Jahre umfassen (Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2026).
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 2023 und dem Ende der Evaluationszeit stattgehabten strukturellen (TSVG, EBM-Reform, ect.pp.) diese besonders berücksichtigt werden müssen.

Zu IV. Förderung der Sehschule nach Ziffer 5.4.

1. Die Beschreibung des Versorgungsproblems: Die Vertragspartner stellen fest, dass sich insbesondere wegen Wartezeiten aufgrund fehlender Kapazitäten und enger Behandlungszeitfenster ein Versorgungsmangel abzeichnet.
2. Maßnahme: Durch eine Veränderung der Angebotsstruktur soll die aufgezeigte Versorgungssituation verbessert werden. Hierzu wurden in Ziffer 5.4 dieser Honorarvereinbarung Förderungswürdige Zuschläge vereinbart.
3. Die Begründung: Hierdurch kann dem aus der beschriebenen Versorgungsituation folgenden Problem einer reduzierten und/oder verspäteten Versorgung und daraus weiteren resultierenden Folgeproblemen begegnet und die Angebotsstruktur stabilisiert werden.
4. Als Ziel soll dabei festgelegt werden, durch die Förderungen einen weiteren Rückgang der Versorgungsituation zu vermeiden.
5. Als Erfolg gilt, wenn und soweit durch die Förderung keine Verschlechterung des Istzustandes im Vergleich zum Basisjahr 2023 in der Versorgung eintritt. Maßgeblich ist hierbei die Anzahl der „Sehschule-anbietenden“ Augenarztpraxen (siehe Anhang 4). Die KV Hamburg wird diese Zahl unter Mitwirkung der Augenärzte erheben und den Vertragspartnern mitteilen sowie im Rahmen einer Nachtragfassung aufnehmen.
6. Der Förderzeitraum soll drei Jahre umfassen (Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2026). Der Evaluationszeitraum, zugleich Datenerhebungszeitraum soll zwei Jahre umfassen (Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025).
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 2023 und dem Ende der Evaluationszeit stattgehabten strukturellen (TSVG, EBM-Reform, ect.pp.) diese besonders berücksichtigt werden müssen.

Zu V. NN

Zu VI. Förderung der Versorgung von Mukoviszidose-Patienten nach Ziffer 5.6

1. Beschreibung des Versorgungsproblems: Zum 31.12.2024 liefen die bisher bestehenden gesamtvertraglichen Regelungen aufgrund von geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen aus. Hierdurch bedingt sehen die Vertragspartner die Gefahr, dass ohne eine Förderung die bestehende Versorgung der Patienten mit Mukoviszidose im Versorgungsbereich Hamburg weder dem Umfang als auch der Qualität nach sichergestellt werden können.

2. Maßnahme: Die Vertragspartner vereinbaren für förderungswürdige Leistungserbringer, die die in Anhang 5 definierten Voraussetzungen erfüllen, einen Zuschlag in Höhe von 285,00 EUR (GOP 94700) auf die GOP 04000 EBM (Versichertenpauschale), welche die Konkretisierungen durch die GOP 04001 bis 04005 EBM mit allen Suffixen mitumfasst.

3. Begründung: Die Vertragspartner stellen fest, dass nur in der gewählten Form der Förderung nach Ziffer 5.6. die besonders aufwendige Versorgung im Vergleich zur bisherigen Systematik aufrechterhalten werden kann. Hierdurch kann weiterhin die bestehende qualitativ hochwertige ambulante Versorgung Patienten mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose im Versorgungsbereich Hamburg sichergestellt und die Zunahme an stationären Einweisungen vermieden werden. Das Aufrechterhalten der bestehenden Arzt-Patienten-Beziehungen wirkt sich zudem positiv auf die Compliance der betroffenen Patienten aus.

4. Ziel und Evaluation: Die Sicherstellung und Aufrechterhaltung der qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Patienten mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose, weshalb die Förderung alle Versicherten mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF = Mukoviszidose; ICD E84,- G) erfasst. Eine Aufrechterhaltung der Versorgung ist erreicht, wenn es zu einer Stabilisierung der Fallzahlen (GOP 04000 EBM [Versichertenpauschale], welche die Konkretisierungen durch die GOP 04001 bis 04005 EBM mit allen Suffixen mitumfasst) im Vergleich zum Durchschnitt der Basisjahr 2022 bis 2024 kommt (vgl. hierzu Anhang 5).

5. Die Evaluation wird erstmals nach Ablauf des 4. Abrechnungsquartals des Jahres 2025, spätestens bis zum 30.09.2026, vorgenommen und anschließend jährlich, ebenfalls bis zum 30. September der Folgejahre, übermittelt. Die Evaluation dient den Vertragspartnern als Grundlage für Beratungen gem. Nr. 5 des 546. Beschlusses (Schriftliche Beschlussfassung).

Anhang 1

Abrechnungshäufigkeit bezogen auf das Basisjahr 2024

	1. Quartal 2024	2. Quartal 2024	3. Quartal 2024	4. Quartal 2024	Summe
GOP 98000	331	234	262	376	1203

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 Hämatoonkologen 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 krebskranker 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 krebskranker 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 (bis einschließlich 2023) der Honorarvereinbarung erreicht werden, dass die Fächeronkologie in der existierenden Versorgungsrealität der onkologischen Versorgung in Hamburg erhalten bleibt.

Im Rahmen der Evaluation wurde durch die Vertragspartner gemeinsam festgestellt, dass Förderungsmaßnahmen zu einer Erhaltung der regionalen onkologischen Versorgungsstrukturen beigetragen haben und dies für weitere 3 Jahre mit den Förderungswürdigen Leistungen in Form der Zuschlagsregelung in Ziffer 5.3. weiterentwickelt und konkretisiert werden sollen. Die Evaluation soll unter denselben Zielen fortgeführt werden, wobei der Aufsatzzeitraum mit 2023 festgelegt wird und die zu Grunde zu legenden Daten auf die neue Fördersystematik in Ziffer 5.3. adjustiert werden.

Hier ist in einem Evaluationszeitraum von 12 Quartalen, beginnend ab dem 01.01.2024 anhand der fachgruppenspezifischen (Fächeronkologen) Abrechnungsfrequenzen der Zuschlagsziffer 99315/99345 zu prüfen, inwieweit sich das Versorgungsgeschehen weiterhin stabil verhalten hat und/oder nicht verschlechtert hat (Zielwert). Aufgrund der Vielzahl möglicher Einflussfaktoren (beispielsweise der Veränderungen in der Zahl) sind die Ergebnisse einer bewertenden Betrachtung der Vertragspartner zuzuführen.

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

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

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

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

Anhang 3

Abrechnungshäufigkeit Onkologie-Pauschalen bezogen auf das Basisjahr 2023

	1. Quartal 2023	2. Quartal 2023	3. Quartal 2023	4. Quartal 2023	Summe
GOP 99315	6.298	6.267	5.864	6.069	24.498
GOP 99345	1.004	946	988	974	3.912

Anhang 4

Abrechnungshäufigkeit Sehschulen bezogen auf das Basisjahr 2023

	1. Quartal 2023	2. Quartal 2023	3. Quartal 2023	4. Quartal 2023
Anzahl Praxen	43	43	43	43

Anhang 5

zu Ziffer 5.6. in Verbindung mit Ziffer VI. der Anlage 4 der Honorarvereinbarung Förderbedingungen für förderungswürdige Leistungserbringer für die Versorgung von Patienten mit Mukoviszidose

Abrechnungshäufigkeit bezogen auf die Basisjahre 2022 bis 2024

	1. Quartal 2022	2. Quartal 2022	3. Quartal 2022	4. Quartal 2022	Summe
GOP 94700	138	139	137	134	548
	1. Quartal 2023	2. Quartal 2023	3. Quartal 2023	4. Quartal 2023	Summe
GOP 94700	131	117	125	129	502
	1. Quartal 2024	2. Quartal 2024	3. Quartal 2024	4. Quartal 2024	Summe
GOP 94700	132	130	133	135	530

I. Förderungswürdigkeit

Der förderungswürdige Leistungserbringer ist berechtigt Förderungen zur Sicherstellung und Aufrechterhaltung der qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Patienten mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose erhalten, wenn alle Voraussetzungen gem. Ziffer III. vorliegen und ggü. der KV Hamburg nachgewiesen wurden. Der Leistungserbringer verpflichtet sich zudem, die KV Hamburg unverzüglich über Veränderungen im Vorliegen der Erfordernisse zur Erfüllung der Voraussetzungen zu informieren.

Die Praxis, in der der Arzt/die Ärztin als förderungswürdiger Leistungserbringer die Patientenversorgung ausübt, hat die diagnostischen und therapeutischen Ausstattungen, die der Ziffer III. beinhaltet, vorzuhalten oder jederzeit zu diesem Zugang zu haben. Hinsichtlich der medizinisch-technischen Ausstattungen kann der Nachweis auch durch Kooperationsvereinbarungen geführt werden.

II. Voraussetzungen der Förderungswürdigkeit

Ärzte, die die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllen, sind förderungswürdige Leistungserbringer:

Förderungswürdige Leistungserbringer sind Ärzte, die für die umfassende qualitätsgesicherte ambulante Betreuung und Versorgung von Patienten mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF = Mukoviszidose; ICD E84,- G) insbesondere folgende diagnostische und therapeutische Ausstattung, die Praxen vorhalten oder zu der sie jederzeit Zugang haben müssen:

Allgemeine Diagnostik und Beratung:	Anamnese Körperliche Untersuchung Laboruntersuchungen Intrakutantests Schweißtest Bildgebende Untersuchungen (Ultraschall, Röntgen, CT, MRT) Beratung Ernährungsberatung Psychologische Beratung und/oder psychotherapeutische Beratung und Betreuung Beratung zur und Kontrolle der Physiotherapie

Zu pneumologischen Fragestellungen:	Lungenfunktionsmessungen Bronchoskopie, ronchoalveoläre Lavage Sputumuntersuchung auf Erreger und Resistenz
Zu gastroenterologischen Fragestellungen	Sonographie ERCP PEG
Zu genetischen Fragestellungen	Humangenetische Beratung DNA-Analyse
Zu HNO-ärztlichen Fragestellungen:	Nasennebenhöhlenendoskopie Audiometrie
Zu kardiologischen Fragestellungen:	Echokardiographie EKG, Belastungs-EKG
Zu orthopädischen Fragestellungen	z. B. Osteodensitometrie Physiotherapie
Diätetik	
Psychosoziale Betreuung	
Intensivmedizinische und thoraxchirurgische Versorgung	

Persönliche fachliche Anforderungen (zum Zeitpunkt der Vorlage des Nachweises zur Erfüllung der Voraussetzungen)	• Facharzt/Fachärztin (Kinderarzt/Kinderärztin) bei Versorgung von Kindern und Jugendlichen bei Versorgung von mindestens 50 Kindern oder Jugendlichen mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF = Mukoviszidose; ICD E84,- G) bzw. • Internist/Internistin (z.B. mit Teilgebiet Pneumologie) bei Versorgung von Erwachsenen bei Versorgung von mindestens 50 Erwachsenen mit der

	gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF = Mukoviszidose; ICD E84,- G) • bei einer kombinierten Versorgung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mindestens 35 Kinder und Jugendliche und mindestens 35 Erwachsene mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF = Mukoviszidose; ICD E84,- G).
Personelle Ausstattung der Praxis	Die Praxis, in der der Arzt/die Ärztin die besondere Patientenversorgung nach dieser Vereinbarung ausübt, hat die Patientenversorgung mit einem multidisziplinären Team aus folgenden Bereichen sicherstellen: • Mindestens 1 Arzt/Ärztin, der „Therapie-Erfahrung“ von 100 Patientenjahren (Produkt aus Zahl der selbst betreuten Patienten und der Dauer der Betreuung in Jahren) besitzt. • Psychosozialer Dienst: z. B. Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin, Psychologe/Psychologin und/oder Sozialpädagoge/Sozialpädagogin • Physiotherapie: Physiotherapeut/Physiotherapeutin • Ernährungsberatung: Diätassistent/Diätassistentin oder Oecotrophologe/Oecotrophologin • Spezialisierter Pflegedienst oder Arzthelfer/Arzthelferin
Medizinisch-technische Ausstattung	Die Praxis, in der der Arzt/die Ärztin die besondere Patientenversorgung nach dieser Vereinbarung ausübt, hat die diagnostischen und therapeutischen Ausstattungen, die der Versorgungsauftrag nach Anhang 5 Ziffer III. dieser Vereinbarung beinhaltet, vorzuhalten oder jederzeit zu diesen Zugang zu haben. Hinsichtlich der medizinisch-technischen Ausstattungen kann der Nachweis auch durch Kooperationsvereinbarungen geführt werden.

Zur Aufrechterhaltung der Förderungswürdigkeit verpflichten sich die Ärzte zur regelmäßigen Teilnahme an von den Ärztekammern und/oder der KV Hamburg anerkannten Fortbildungen/Qualitätszirkeln mit einer Mindestgesamtpunktzahl von 20 pro Jahr, davon mindestens 5 Punkte Fortbildungen. Die Teilnahme an einer(m) Fortbildung/Qualitätszirkel ist der KV Hamburg einmal jährlich nachzuweisen. Die Fortbildungsnachweise sind an das Kalenderjahr gebunden. Die Nachweispflicht für die teilnehmenden Ärzte beginnt im Jahr 2025.

Ärzte, die zum Zeitpunkt des Beginns der Förderung nach dieser Vereinbarung bereits über eine Genehmigung nach der zum 31.12.2024 endenden Mukoviszidose-Vereinbarung verfügen, werden übergeleitet. Eine erneute Vorlage der erfüllten Voraussetzungen ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Protokollnotiz
zur
Honorarvereinbarung 2026

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 **2025** 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) NN

b) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 430. BA (Sitzung am 12.12.2018) zuletzt geändert durch den 755. BA (schriftliche Beschlussfassung) anzuwenden ist. Das

bedeutet, dass die Überführung der in der Ziffer 4.69 (Zweitmeinungsverfahren) dieser Vereinbarung extrabudgetär gestellten Leistungen für die Indikationen jeweils zu Beginn des **zwölften** auf das Inkrafttreten der entsprechenden Erweiterung der Richtlinie des G-BA zum Zweitmeinungsverfahren folgenden Quartals gemäß den hierzu getroffenen Regelungen des 430. BA ggf. einschließlich etwaiger Folgebeschlüsse erfolgen wird. Sofern diese Frist zur Überführung nicht auf den 1. Januar fällt, sind die Leistungen der Zweitmeinung zum 1. Januar des Folgejahres zu überführen. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in der Honorarvereinbarung umgesetzt und jeweils fortgeschrieben.

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

Nr.	Zweitmeinungsverfahren	Einführung EGV	Überführung in die MGV
10	Eingriffen an Aortenaneurysmen	01.10.2024 - 30.09.2027	01.01.2028
11	Eingriffen zum Hüftgelenkersatz	01.07.2024 - 30.06.2027	01.01.2028
12	Eingriffen bei lokal begrenztem und nicht metastasiertem Prostatakarzinom)	01.04.2025 – 31.03.2028	01.01.2029
13	Eingriffen zur Karotis-Revaskularisation	01.10.2025 – 31.12.2028	01.01.2029
14	01645N reserviert		

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

- dass die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um den erwarteten Mehrbedarf aufgrund des wissenschaftlichen und technischen Fortschritts für die Gebührenordnungspositionen des Kapitels 11.4 EBM beschlussgemäß ab dem 01.01.2021 erhöht wird und

- in separaten Beschlüssen bis zum 31.08. des auf den Prüfzeitraum folgenden Jahres entsprechend des Prüfauftrages der Bewertungsausschuss im Falle der Feststellung von Korrekturbedarf Korrekturbeschlüsse gefasst werden, die ebenfalls durch die Vertragspartner ggf. im Rahmen von Nachträgen umgesetzt werden.

Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz bis 2027 fortgeschrieben.

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

Nachträgen zu machen. Vor diesem Hintergrund wird die Liste in Spalte 5 die nachfolgenden 3 Konstellationen abbilden:

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

Konstellation 2: Durch Beschlüsse des BA/EBA, die direkt oder indirekt durch eine angelehnte Formulierung auf den 323. BA Nr. 5 verweisen, steht der Termin der Rücküberführung unter dem Vorbehalt einer Entscheidung der Träger des Bewertungsausschusses. In diesen Fällen erfolgt die Rücküberführung vorbehaltlich abweichender nachgehender Beschlüsse oder weiterer Informationen über den weiteren Umgang der EGV-Stellung von den Trägern des Bewertungsausschusses frühestens mit einem Nachtrag nach Ablauf Quartals vor Beginn der Rücküberführung. Auf diese Art und Weise wird sichergestellt, dass Änderungen auf der bzw. durch die Bundesebene möglichst noch berücksichtigt werden können sowie Korrekturen vermieden werden (relativ fixe Rücküberführung)

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

e) Die Vertragspartner werden den 596. BA Teil C (Sitzung am 15. Juni 2022) zur „Weiterentwicklung der direkten Erregernachweise in der Mikrobiologie im Abschnitt 32.3 EBM“ umsetzen. Vor diesem Hintergrund wurde diese Protokollnotiz vorbehaltlich abweichender Beschlüsse in 2023 umgesetzt und in Bezug auf die Korrektur in 2026 durch die Vorgaben der Nr. 2 des 849. BA (schriftliche Beschlussfassung) umgesetzt und wegen der Vorgaben zur Verschiebung des Prüf- und Korrekturzeitraumes in Nr. 1 des 849. BA (schriftliche Beschlussfassung) fortgeführt.

5. 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.

6. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, zur Verbesserung der Versorgung auf Ebene der Stadtteile in eine gemeinsame Analyse der Versorgungssituation einzutreten. Somit ist zunächst zu prüfen, wie insbesondere bestehende oder ggf. drohende Versorgungsdefizite zu definieren sind sowie ob und wo diese vorliegen. Hierfür werden unterschiedliche Datenpools herangezogen. Vornehmlich werden die Abrechnungsdaten

sowie ggf. die Versorgungs- und Verordnungsdaten geprüft und verarbeitet. Der Einsatz der verschiedenen Datenpools wird gemeinsam unter den Vertragspartnern abgestimmt. Im besonderen Fokus der Untersuchung sollen die Erfüllung von Versorgungsaufträgen in erster Linie die Leistungen innerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung stehen. Im Anschluss daran soll geprüft werden, wie durch gezielte Maßnahmen die möglichen identifizierten Versorgungsdefizite – insbesondere im Bereich der Haus- und Kinderärzt:innen – verringert werden können. Zu diesem Zweck haben die Vertragspartner zeitnah nach der Vereinbarung dieser Protokollnotiz für das Jahr 2023 und 2024 gesonderte Gespräche und Verhandlungen zur Identifikation von Handlungsfeldern und ggf. entsprechender Maßnahmen aufgenommen und zur fortlaufenden Sicherstellung eine Arbeitsgruppe etabliert, die nach dem gemeinsamen Wunsch weiterbestehen soll. Diese Arbeitsgruppe wird in einem ersten Schritt das Ziel weiter konkretisieren und differenziert darstellen. Vor Aufnahme der weiteren Arbeiten erfolgt eine Abstimmung der konkretisierten Ziele mit den Spitzen der Vertragspartner.

7. Die Vertragspartner haben sich in der Honorarverhandlung für 2024 darauf verständigt, dass eine Lieferung von Transparenzdaten mit Wirkung ab dem 1. Quartal 2024 durch die KV Hamburg etabliert wird. Dabei ist ein bereits feststehender Inhalt der Lieferung ein Ausweis der fachgruppenbezogenen Auszahlungsquoten pro Quartal (EGV/MGV/Gesamt). Darüber hinaus wird die KV Hamburg weitere leistungsbezogene Informationen je Fachgruppenebene verfügbar machen. Soweit bei der operativen Umsetzung der Erstellung vollständiger Transparenzdaten kv-seitig Bedarf für eine Abstimmung mit den Vertragspartnern erkannt wird, soll hierfür die unter Ziffer 8 dieser Protokollnotiz etablierte Arbeitsgruppe einbezogen werden.

8. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass eine durch die Abrechnung der Förderung nach 5.3 dieser Honorarvereinbarung bedingte Nichtabrechnung von Leistungen nach der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) ohne Einfluss auf die Aufrechterhaltung der Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung ist.

Das bedeutet insbesondere, dass die Abrechnungsfrequenzen der geförderten GOP im Rahmen der Prüfung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) mitberücksichtigt werden.

Unberührt hiervon bleiben alle übrigen Genehmigungsvoraussetzungen und Bestimmungen der Onkologie-Vereinbarung - wie beispielsweise § 8 Dokumentation - sowie die Bestimmungen der Umsetzungsvereinbarung zur Onkologie-Vereinbarung.

9. Den Vertragspartner ist bekannt, dass ein Gesetzgebungsverfahren zur Reform der Notfallversorgung eingeleitet wurde. Nach dem derzeitigen Stand des eingebrachten Entwurfs gehen die Vertragspartner davon aus, dass über die künftige Finanzierung der Notdienststrukturen Verhandlungen zu führen sind, die für beide Seiten verpflichtend ausgestaltet werden. Vor diesem Hintergrund bekunden die Vertragspartner die Bereitschaft, einer etwaigen Verpflichtung unmittelbar und unverzüglich durch Aufnahme von Vertragsverhandlungen nachzukommen, sobald das Gesetzgebungsverfahren beendet ist.

10. Den Vertragspartnern dieser Honorarvereinbarung ist bewusst, dass nach aktueller Beschlusslage die Ziffern 4.121 (GOP 01648) mit dem 31.12.2026 und die Ziffer 4.157 (GOP 05311) mit dem 31.12.2026 aus der extrabudgetären Vergütung nach Ziffer 4 herausfallen. Gleichzeitig ist den Vertragspartnern bekannt, dass diesbezüglich auf der Bundesebene noch Diskussionen zu einer eventuellen Verlängerung der extrabudgetären Vergütung andauern. Die Vertragspartner sind sich deshalb darüber einig, dass für den Fall einer entsprechenden Beschlussfassung eine Information der Vertragsärzte noch vor einem formellen Vertragsschluss allein auf der Grundlage des Beschlusses des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses erfolgen kann, um insoweit Kalkulationssicherheit für die Vertragsärzte herzustellen.

11. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg unter dem Aktenzeichen L 7 KA 11/26 KL Klage gegen den vom Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 87. Sitzung am 11. März 2026 getroffenen Beschluss zur Anpassung der Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen erhoben.

Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hat im Beschluss (AZ.: L7 KA 11/26 KL ER) die aufschiebende Wirkung der oben genannten Klage angeordnet. Daher werden die durch den Beschluss erfassten Absenkungen der Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen ausgesetzt, solange der erwirkte einstweilige Rechtsschutz Wirkung entfaltet.

Die Zahlungen der Krankenkassen für die in Rede stehenden Leistungen unter Nichtanwendung des rechtshängigen EBA-Beschlusses erfolgen daher bis auf weiteres sämtlichst unter dem Vorbehalt der späteren Nachprüfung, Korrektur und Rückforderung entsprechend dem rechtskräftigen Ausgang oder der anderweitigen endgültigen Beendigung des Klageverfahrens sowie ersetzender Beschlüsse des (erweiterten) Bewertungsausschusses.

Die KV Hamburg stellt die Honorarbescheide der die betroffenen Leistungen erbringenden und abrechnenden Psychotherapeuten und Vertragsärzte dementsprechend ebenso unter diesen Vorbehalt.

Anhang 1 Protokollnotiz Honorarvereinbarung 2026

Liste mit voraussichtlichen Daten der Rücküberführung von EGV-Leistungen aus Ziffer 4 der Honorarvereinbarung

Laufende Nummer	Kurzbeschreibung Nennung der betreffenden GOP und Verortung in Ziffer 4 des Honorarvertrags	Änderung Datum und Art der voraussichtlichen Änderung	Beschluss-Nr.	Kennzeichnung Gemäß Beschreibung in Nr. 4 der Protokollnotiz: 1 = Fixe Rücküberführung 2 = Relativ fixe Rücküberführung 3 = Offene Rücküberführung
2	Ziffer 4.53 - Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung - GOP 35151 und 35152	Eindeckelung	407. BA	3
3	Ziffer 4.57 - Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung - Abschnitt 37.3 EBM	Eindeckelung	408. BA	3
4	Ziffer 4.70 - Versorgungsplanung nach § 132g Abs. 3 SGB V - GOP 37400	Eindeckelung	430. BA Teil B	3
11	Ziffer 4.104 - vertragsärztliche und sektorenübergreifende Telekonsile gem. der Telekonsilien-Vereinbarung - GOP 01670 bis 01672	Eindeckelung	60. EBA	3
13	Ziffer 4.110 - Zusatzpauschale Verlaufskontrolle und Auswertung DiGA somnio - GOP 01471	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	70. EBA Teil E	2
14	Ziffer 4.111 - Elektronische Patientenakte - GOP 01431 und 01647	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	69. EBA Teil B	2
16	Ziffer 4.115 - Kryokonservierung - EBM-Abschnitts 8.6 und der Kostenpauschalen des EBM-Abschnitts 40.12	Eindeckelung	562. BA Teil B	3
17	Ziffer 4.116 - Interstitielle LDR-Brachytherapie - GOP 25335 und 25336	Eindeckelung	566. BA Teil B	3

18	Ziffer 4.117 - Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe bzw. Kardiorespiratorische Polomnographie - GOP 30900, 30901, 30902 und 30905	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	567. BA Teil B	2
19	Ziffer 4.118 (1) - Probatorische Sitzungen im Gruppensetting - GOP 35163 bis 35169	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	567. BA Teil B	3
20	Ziffer 4.118 (2) - Gruppenpsychothera-peutische Grundversorgung - GOP 35173 bis 35179	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	567. BA Teil B	3
25	Ziffer 4.119 - Biomarkerbasierter Test sowie Untersuchung auf Mikrosatelliteninstabilität - GOP 19506	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	570. BA Teil C	2
26	Ziffer 4.120 - Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken - GOP 01540 bis 01542 sowie 01543 bis 01545	01.01.2027 – voraussichtliche Eindeckelung der GOP 01540 bis 01542 01.01.2027 voraussichtliche Eindeckelung der GOP 01543 bis 01545	572. BA Teil B Nr. 2 i. V. m. 639. BA Teil B sowie 698. BA Teil B sowie zuletzt 741. BA Teil B 572. BA Teil B Nr. 3 744. BA Teil B	2
27	Ziffer 4.122 - Beratung Gewebe- und Organspende - GOP 01480	offen	76. EBA	Diese GOP ist von Gesetzes wegen EGV (Vgl. § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 7 ab 01.03.2022) Die Aufnahme in diesen Anhang erfolgt nur als redaktioneller Hinweis.

28	Ziffer 4.123 - Telemonitoring bei Herzinsuffizienz - GOP 03325, 03326, 04325, 04326, 13578, 13579, 13583 bis 13587 und 40910	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	76. EBA Teil. B	2
29	Ziffer 4.124 - Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA vivira - GOP 01472	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	595. BA Teil C	2
31	Ziffer 4.126 - Zuschlag im Zusammenhang mit der Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation - GOP 01613	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	608. BA Teil B	2
32	Ziffer 4.127 - Genotypisierung zur Bestimmung des UDP-Glucuronosyltransferase 1A1 - GOP 32868	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	603. BA Teil B	2
33	Ziffer 4.129 - a) Leistungen nach dem Abschnitt 37.5 EBM (KSVPsych-RL) sowie b) Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 22220 und 23220, die häufiger als 15-mal und bis zum gemäß EBM geltenden Höchstwert im Behandlungsfall im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.5 abgerechnet werden (KSVPsych-RL).	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	6. erg. BA und 610. BA	2
34	Ziffer 4.131 - GOP 09315 und 13662 im Zusammenhang mit der Durchführung einer Erhebung gemäß § 5 der Richtlinie des Gemeinsamen	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	617. BA Teil C	2

	Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege sowie Außerklinischer Intensivpflege -GOP 37700, 37701, 37704 bis 37706 und 37714	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt		
35	GOP 37710, 37711, und 37720 („Leistungen im Zusammenhang mit der außerklinischen Intensivpflegegemäß AKI-RL“).	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	617. BA Teil D	2
36	Ziffer 4.83 - HIV-Präexpositionsprophylaxe - Abschnitt 1.7.8 EBM	01.01.2028 - voraussichtliche Eindeckelung	620. BA i.V.m. 680. BA und 805. BA	2
37	Ziffer 4.84 - Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA - GOP 32850	01.01.2028 - voraussichtliche Eindeckelung	620. BA i.V.m. 680. BA und 805. BA	1
38	Ziffer 4.132 - Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA zanadio - GOP 01473	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	618.BA Teil C	2
40	Ziffer 4.134 – Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvovec - GOP 30320 bis 30323	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	640. BA Teil B	2
41	Ziffer 4.135 - Leistungen nach der GOP 01474 (Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Invirto)	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	641. BA Teil B	2
42	Ziffer 4.112 - Infusionstherapie mit Sebelipase alfa oder Velmanase alfa oder Olipudase alfa oder Patisan oder einer Enzymersatztherapie - GOP 02102	01.01.2027 - Eindeckelung der GOP 02102	562. BA Teil B i. V. m. 639. BA Teil B i.V.m. 718. BA Teil B,	2

			741. BA Teil B	
43	Ziffer 4.137–Quantitative Bestimmung der CMV-DANN - GOP 32820	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	647. BA Teil B	2
44	Ziffer 4.138 – Krankenhaus-Begleitungs-Richtlinie - GOP 01615	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	643. BA Teil B	2
45	Ziffer 4.140 - GOP 34720 und 34721 sowie die Kostenpauschale 40585 (Fachinformation Pluvicto)	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	676. BA Teil B	2
46	Ziffer 4.141 - GOP 01475 und 01476 (DiGA Oviva direkt für Adipositas und Mawendo	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	677. BA Teil B	2
47	Ziffer 1.142 – GOP 01546	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	679. BA Teil B	2
48	Ziffer 4.143 – GOP 01549	–Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	683. BA Teil B	2
49	Ziffer 4.144 - DiGA companion patella - GOP 01477	01.01.2026 - voraussichtliche Eindeckelung	703. BA Teil B	2
50	Ziffer 4.145 - Meldung von Anhaltspunkten/Fallkonferenzen Kinder- und Jugendschutz - GOP 01681 und 01682	01.01.2026 - voraussichtliche Eindeckelung	702. BA Teil B	2
51	Ziffer 4.146 - Fachinformation Hemgenix ®,“- GOP 30326 und 33105	01.01.2026 - voraussichtliche Eindeckelung	699. BA Teil B	2
52	Ziffer 4.147 - Nachbeobachtung und Überwachung im unmittelbaren Anschluss an eine Leistung gemäß Anhang 8 des EBM - GOP 01500 bis 01503	01.01.2026 - voraussichtliche Eindeckelung	693. BA Teil B	2

53	Ziffer 4.148 - Nachbeobachtung nach invasiver Kardiologie und zur Anästhesie bei kleinchirurgischen Eingriffen - GOP 01521, 01522, 34291, 34292	01.01.2026 - voraussichtliche Eindeckelung	693. BA Teil B	2
54	Ziffer 4.149 - Kardioversion - GOP 04421, 13552, 05310, 05341, 33022, 33023	01.01.2026 - voraussichtliche Eindeckelung	693.BA Teil B	2
55	Ziffer 4.150 - DiGA Berechnungsfähigkeit für Schmerztherapeuten - GOP 30780 und 30781	01.01.2026 - voraussichtliche Eindeckelung	691. BA Teil B	2
56	Ziffer 4.151 - Fachinformation Camzyos® - GOP 32869	01.01.2026 - voraussichtliche Eindeckelung	704. BA Teil B	2
57	Ziffer 4.152 - Zuschläge für zusätzlichen Hygieneaufwand - GOP 01858, 01859 und 01907		716. BA Teil B	3
58	Ziffer 4.153 - Meldungen implantatbezogener Maßnahmen nach Implantateregistergesetz - GOP 01965 und 40162	01.01.2027 - voraussichtliche Eindeckelung	719. BA Teil B	2
59	Ziffer 4.154 – Perkutane (Nadel-)-Biopsie - GOP 02344 und Begleitleistungen im Zusammenhang mit der GOP 02344 - GOP 33040, 33042, 33043, 33050, 33091, 33092, 34430, 34441 und 34442, die im Zusammenhang mit Leistungen nach der GOP 02344 als	01.01.2027 - voraussichtliche Eindeckelung Erfolgt für die GOP 02344 soweit diese außerhalb des Vertrages nach § 115b SGB V gekennzeichnet sind	720. BA Teil C	2

	Leistungen gemäß des Vertrages nach § 115b SGB V durchgeführt werden			
60	Ziffer 4.155 - Angiokardiographie - GOP 34290	01.01.2027 – voraussichtliche Eindeckelung Erfolgt für Leistungen nach der GOP 34290, die als Leistungen außerhalb des Vertrages nach § 115b SGB V gekennzeichnet sind	720. BA Teil D	2
61	Ziffer 4.155 – DiGA Kranus Lutera - GOP 01478	01.01.2027 - voraussichtliche Eindeckelung	721. BA Teil C	2
63	Ziffer 4.158 Teil 2: sowie befristet bis 15.09.2026 Leistungen nach der GOP 01943 („Aufklärung und Beratung zur RSV- Prophylaxe“)“	Befristet EGV-Stellung ohne Rücküberführung.	82. EBA	Die Aufnahme in diesen Anhang erfolgt nur als redaktioneller Hinweis.
64	Ziffer 4.160 - Computertomographie-Koronarangiographie - GOP 34370 und 34371	01.01.2027 - voraussichtliche Eindeckelung	83. EBA Teil C	2
65	Ziffer 4.161 - Umsetzung LongCOV-RL -GOP 7800, 37801, 37802, 37804 und 37806	01.01.2027 - voraussichtliche Eindeckelung	753. BA Teil B	2
66	Ziffer 4.162 – DIGA elona therapy Depression – GOP 01479	01.01.2028 – voraussichtliche Eindeckelung	777. BA Teil B	2

67	Ziffer 4.163 - Umsetzung KJ-KSVPsych-RL – a) 37.6 EBM b) 22220 und 23220 gem. Inhalt 4.163 b)	01.01.2028 - voraussichtliche Eindeckelung	771. BA	2
68	Ziffer 4.164 - Nationale Demenzstrategie - GOP 01443	01.01.2028 - voraussichtliche Eindeckelung	83. EBA	2
69	Ziffer 4.165 - Arzneimittel Qalsody® - GOP 02345	01.01.2027 - voraussichtliche Eindeckelung	764. BA Teil B	2
70	Ziffer 4.167 - Implantateregister Endoprothesen – GOP 01966	01.01.2027 - voraussichtliche Eindeckelung	762. BA Teil B	2
72	Ziffer 4.169 - Fraktursonographie bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr – GOP 33053	01.01.2028 – voraussichtliche Eindeckelung	789. BA Teil B	2
73	Ziffer 4.170 – DiGA ProHerz – GOP 01481	01.01.2028 – voraussichtliche Eindeckelung	802. BA Teil B	2
74	Ziffer 4.171 – Fluoreszenzangio-graphische Untersuchung – GOP 40682	01.01.2028 - voraussichtliche Eindeckelung	807. BA Teil B	2
75	Ziffer 4.172 – DiGA Kranus Mictera)-GOP 01482	01.01.2029 – voraussichtliche Eindeckelung	825. BA Teil B	2
76	Ziffer 4.173 – Lungenkrebs-früherkennung – GOP 01871, 01875 und 01876		87. EBA Teil B	3

77	Ziffer 4.174 – Lungenkrebs-früherkennung – GOP 01872 und 01878 bis 01881	01.01.2029 – voraussichtliche Eindeckelung	87. EBA Teil B	2
78	Ziffer 4.175 - [Fachinformtion Itovebi® und Leqembi] – GOP 01510, 02101, 02342 und 34410	01.01.2029 – Voraussichtliche Eindeckelung	832. BA Teil C	2
79	Ziffer 4.176 - [Fachinformtion Itovebi® und Leqembi] – GOP 11602, 32407-32409	01.01.2029 – Voraussichtliche Eindeckelung	832. BA Teil D	2
Eindeckelung ab dem 01.01.2024ff. erfolgen unter Berücksichtigung des 755. BA (schriftliche Beschlussfassung) zum 01.01. eines Jahres				