G E S A M T V E R T R A G

gemäß § 83 SGB V

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg)

und dem

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

vom 08.09.2023

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Geltungsbereich	2
§ 2 Vertragsärztliche Versorgung	2
§ 3 Gesamtvergütung	2
§ 4 Vergütung der Ärzte	3
§ 5 Vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst (Notdienst der KV Hamburg)	3
§ 6 Sachlich-rechnerische Prüfung der Leistungen/Plausibilitätskontrollen	3
§ 7 Wirtschaftlichkeit der Leistungen	4
§ 8 Arztstempel	4
§ 9 Rechnungslegung	5
§ 10 Abrechnung	5
§ 11 Abrechnung von Materialien im Zusammenhang mit ärztlicher Behandlung	8
§ 12 Prüfung von Abrechnungsunterlagen	9
§ 13 Abschläge/Zahlung der Gesamtvergütung	9
§ 14 Verjährung /Verzug	11
§ 15 Disziplinarverfahren / Befragung von Versicherten	11
§ 16 Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte	11
§ 17 Schlichtungsstelle	11
§ 18 Salvatorische Klausel	11
§ 19 Inkrafttreten / Kündigung	12

Anlagenverzeichnis	

§ 1
Geltungsbereich

(1) Dieser Vertrag regelt die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten[1] der Ersatzkassen einschl. von den Ersatzkassen betreuten, besonderen Personenkreisen mit Wohnort im Bezirk der KV Hamburg.

(2) Dieser Vertrag gilt für folgende Ersatzkassen:

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

(3) Allgemeiner Inhalt dieses Vertrages ist der Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) in der jeweils geltenden Fassung.

(4) Soweit Anlagen vereinbart werden, sind sie Bestandteil dieses Vertrages.

(5) Im Rahmen der Neufassung dieses Gesamtvertrages bleiben bestehende und ungekündigte Anlagen und Bestandteile des Gesamtvertrages vom 11. April 1996 in der Fassung, die bis zum 31.12.2023 gilt, weiterhin gültig. Die Anlagensystematik für diesen Gesamtvertrag wird aus Gründen der Arbeitsökonomie auf die im Anlagenverzeichnis zu diesem Gesamtvertrag aufgeführte Darstellung beschränkt. Darüber hinaus wird auf eine Darstellung von Honorarvereinbarungen nach Ablauf von 4 Jahren des Geltungszeitraumes verzichtet.

§ 2
Vertragsärztliche Versorgung

Art und Umfang der von der KV Hamburg sicherzustellenden ärztlichen Versorgung richten sich nach den Vorschriften des SGB V sowie nach dem Inhalt des BMV-Ä und seinen Anlagen in den jeweils gültigen Fassungen.

§ 3
Gesamtvergütung

(1) Die Ersatzkassen entrichten an die KV Hamburg die Gesamtvergütung nach Maßgabe von §§ 85, 87a SGB V und den hierzu geschlossenen Verträgen (Honorarvereinbarungen und Anlagen zu diesem Gesamtvertrag).

[1] Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text nur eine Bezeichnung verwendet. Gemeint sind damit alle Geschlechter (männlich/weiblich/divers).

(2) Für Leistungen, die außerhalb des Bereiches der KV Hamburg erbracht werden (Fremdarztfälle), findet die Richtlinie über den Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ-Richtlinie) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung.

§ 4
Vergütung der Ärzte

(1) Die Vergütung der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung erfolgt auf der Grundlage der für den Bereich der KV Hamburg geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung in Verbindung mit den jeweils aktuellen Beschlüssen des Bewertungsausschusses gemäß §§ 87 ff SGB V, den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V, den vertraglichen Vereinbarungen mit den Partnern der Gesamtverträge sowie den Bestimmungen des gem. § 87b SGB V erlassenen Verteilungsmaßstabes. Satz 1 gilt auch für die Vergütung der stationären vertragsärztlichen (belegärztlichen) Tätigkeit.

(2) Soweit für Leistungen Qualifikationserfordernisse gem. § 11 BMV-Ä oder diesem Vertrag bestehen, setzt die Abrechnung der Leistungen durch den Arzt gegenüber der KV Hamburg den Nachweis der Qualifikation des abrechnenden Arztes gegenüber der KV Hamburg voraus.

§ 5
Vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst
(Notdienst der KV Hamburg)

(1) Die Sicherstellung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes regelt die Notfalldienstordnung der KV Hamburg in der jeweils gültigen Fassung. An den Organisationskosten beteiligen sich die Ersatzkassen auf Grundlage einer gesonderten Vereinbarung (Vertrag über die Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen).

(2) Notfallbehandlungen von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten sowie Notfallbehandlungen in Krankenhäusern werden nach Maßgabe des EBM vergütet. Das gilt nicht für organisierte privatärztliche Notdienste. Notfallleistungen der Krankenhäuser sind nicht als ambulante Notfallbehandlungen berechnungsfähig, wenn sich die Notwendigkeit der stationären Aufnahme ergibt und diese am gleichen Tag erfolgt.

§ 6
Sachlich-rechnerische Prüfung der Leistungen/Plausibilitätskontrollen

Die Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung richtet sich nach § 106d SGB V sowie den auf der Grundlage von § 106d SGB V getroffenen Bestimmungen/Regelungen in der jeweils geltenden Fassung.

§ 7
Wirtschaftlichkeit der Leistungen

Die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung richtet sich nach §§ 106 bis 106c SGB V sowie den auf der Grundlage von §§ 106 bis 106c SGB V getroffenen Bestimmungen in der jeweils geltenden Fassung.

§ 8
Arztstempel

(1) Die KV Hamburg stellt jedem Vertragsarzt für jede Betriebstätte einen Arztstempel zur Verfügung. Die Kosten hierfür trägt die KV Hamburg. Der Arztstempel muss folgende Angaben enthalten:

a) BSNR,

b) Titel, Vorname und Name des Arztes in der behördlich beurkundeten Form und ggf. Name der Praxis,

c) Fachgebiete entsprechend der Zulassung des Arztes für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,

d) Schwerpunktbezeichnung, mit der der Arzt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist,

e) Anschrift und Telefonnummer des Vertragsarztsitzes.

(2) Die bis zum Inkrafttreten dieses Vertrages ausgegebenen Arztstempel sind weiterhin gültig. Die Arztstempel werden nach Maßgabe des § 8 des Gesamtvertrages an die Vertragsärzte ausgegeben, die nach Inkrafttreten dieser Regelung zugelassen werden oder deren Zulassung sich ändert.

§ 9
Rechnungslegung

(1) Die KV Hamburg fasst die von ihr sachlich und rechnerisch richtiggestellten und geprüften Honorarforderungen als Abrechnung zusammen und leitet sie der jeweiligen Ersatzkasse zu. Die Ersatzkassen können innerhalb einer Ausschlussfrist von sechs Monaten nach Zugang der Gesamtabrechnung (§ 10 Abs. 4) diese wegen sachlicher oder rechnerischer Mängel in dieser Abrechnung beanstanden. Berichtigungen aufgrund dieser Beanstandungen von weniger als 30 Euro je Vertragsarzt, Ersatzkasse und Quartal werden nicht vorgenommen.

(2) Beanstandungen gegen die Gesamtrechnung, die der Regelungsmaterie nach § 6 (Sachlich-rechnerische Prüfung der Leistungen/Plausibilitätskontrollen) und § 7 (Wirtschaftlichkeit der Leistungen) dieses Gesamtvertrages unterfallen, sind keine Beanstandungen nach Absatz 1 und richten sich nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen/Regelungen in den zuvor genannten §§ 6 und 7.

(3) Die Ausschlussfrist des Abs. 1 gilt nicht für Ansprüche auf Schadensersatz wegen unerlaubter Handlung bei der Honorarabrechnung.

§ 10
Abrechnung

(1) Von der KV Hamburg werden die ärztlichen Leistungen getrennt nach

a) Mitgliedern,
b) Familienangehörigen und
c) Rentnern einschließlich deren Familienangehörigen

abgerechnet.

(2) Bei der Abrechnung werden diejenigen Beträge aus sachlichen bzw. rechnerischen Berichtigungen der KV Hamburg und Entscheidungen der Prüfungsstelle berücksichtigt, die zum Zeitpunkt der Abrechnung dem Arzt gegenüber rechtskräftig sind. Hierbei ist erforderlichenfalls sinngemäß nach den Bestimmungen des § 52 Abs. 2 BMV-Ä zu verfahren.

(3) Regelungen zu Sicherungseinbehalten von Honoraransprüchen der Ärzte gegenüber der KV Hamburg sind Gegenstand der Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg, die diese in eigener Satzungshoheit erlässt.[2]

(4) Die Aufbereitung der Abrechnungsunterlagen erfolgt gemäß der Regelung des § 55 BMV-Ä in Verbindung mit den näheren Bestimmungen in Anlage 6 BMV-Ä. Hierzu gehört auch die Lieferung entsprechender NVI-Daten gem. § 3 der Anlage 8 dieses Gesamtvertrages.

[2] Stand: 01.07.2023: Ergänzende Abrechnungsbestimmungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg vom 12. Juni 2008 in der Fassung vom 19. November 2009.

Die Ausweisung der Leistungen im Formblatt 3 erfolgt einschließlich regionaler Sonderverträge bis Ebene 6. Die Einzelabrechnungen für die besonderen Personengruppen 06 bis 09 werden unter Berücksichtigung der Bestimmungen in Absatz 9 und mit Wirkung für das Abrechnungsquartal 2/2024 vollständig in den EFN-Datenlieferungen der KV Hamburg übermittelt.

(5) Bezüglich der Lieferfristen gemäß § 1 Abs. 5 und 6 der Anlage 6 BMV für die Formblätter und die EFN-Daten (BMV-Lieferfristen) treffen die Partner dieses Vertrages die nachfolgenden Festlegungen:

a) Binnen dieser BMV-Lieferfristen verpflichtet sich die KV Hamburg für das jeweilige Abrechnungsquartal nach Ablauf eines Leistungsquartals alle tatsächlich eingereichten Information und Daten zur Erstellung eines Formblatt 3 und eines EFN zu verwenden und zu übersenden.

b) Durch die Übersendung gemäß a) liegen den Ersatzkassen die vollständigen Abrechnungsunterlagen im Sinne des § 13 Abs. 1 als Voraussetzung für den Eintritt der Fälligkeit vor.

c) Nachberechnungen, Korrekturen und Nachlieferungen sind möglich. Es gilt die Verjährungsfrist nach § 14 Abs. 1. Nachberechnungen, Korrekturen und Nachlieferungen lösen dabei keine neue Verjährungsfrist aus und sind somit nach Ablauf des vierten, auf das Abrechnungsquartal folgende Jahr mit Ausnahme der in Abs. 4 genannten Regelungen nicht mehr möglich. Dabei erfolgen bei substantiellen Korrekturbedarfen grundsätzlich und soweit zulässig Neuerstellungen der betreffenden Formblätter und/oder des EFN. Von diesem Grundsatz kann bei nicht substantiellen Korrekturbedarfen abgewichen werden. Die KV Hamburg hat jeden Korrekturbedarf zu begründen und einen Umsetzungsvorschlag zu unterbreiten. Der jeweiligen Korrekturzahlung geht eine einvernehmliche Regelung zur Umsetzung voraus. Die Ersatzkassen haben die Möglichkeit, sich innerhalb einer Frist von vier Wochen zu dem Umsetzungsvorschlag der KV Hamburg zu äußern.

d) Der nach den vorstehenden Regelungen zulässigen Geltendmachung der Forderungen und Verbindlichkeiten ggü. den Ersatzkassen im Wege von Nachberechnungen, Korrekturen bzw. Nachlieferungen stehen die BMV-Lieferfristen insoweit nicht entgegen.

(6) Die Regelungen nach Absatz 5 finden keine Anwendung, wenn und soweit sich ein Nachberechnungs-, Korrektur- und/oder Nachlieferungsbedarf für bereits übersendete Abrechnungsunterlagen aus Umständen ergibt, die erst nach dem Zeitpunkt der Rechnungslegung entstehen. Hierzu zählen insbesondere Entscheidungen des Gesetzgebers, der Bundesmantelvertragspartner im BMV, im (Erweiterten-) Bewertungsausschuss, im Gemeinsamen-Bundesausschuss oder gemeinsam getroffene Entscheidungen der Gesamtvertragspartner selbst, soweit hierdurch das Quartal, für das die Abrechnungsunterlagen der für diese Fälle anspruchsberechtigten Ärzte erstellt worden sind, betroffen ist. Ebenfalls mitumfasst sind davon zum Zeitpunkt der Rechnungslegung noch nicht abgeschlossenen Verfahren der sachl.-rechnerischen Berichtigung, der Wirtschaftlichkeitsprüfungen. In diesen Fällen tritt die Fälligkeit ohne Ansehung der BMV-Lieferfristen erst nach amtlicher Bekanntmachung der Rechtsgrundlagen und/oder dem rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens mit

Zusendung der Nachberechnungen, Korrekturrechnungen bzw. Nachlieferungen nach den näheren Bestimmungen des § 13 Abs.1 ein.

(7) Die Vertragspartner treffen die vorstehenden Regelungen im Absatz 5 und 6 vor dem Hintergrund des vor dem Landessozialgericht Hamburg ergangenen Urteils vom 19. November 2020– L 5 KA 17/19–, welches inhaltlich zu den Urteilen des SG Hamburg (–S 27 KA 342/16-, -S 27 KA 340/1-, -S 27 KA 338/16- sowie -S 27 KA 339/16-) in Bezug steht. In den vorgenannten Urteilen wird den Vertragspartnern des Gesamtvertrages eine weitreichende Kompetenz zu vertraglichen Regelungen wie den vorstehenden in Abs. 5 und 6 bestätigt, bei dem der den Vertragspartnern zugewiesene Gestaltungsspielraum von den Gerichten zu respektieren sei. Hiervon machen die Vertragspartner durch die vorstehenden Regelungen Gebrauch.

(8) Die Ersatzkassen stellen der KV Hamburg mittelbar vierteljährlich Angaben über die Versichertenzahlen gem. der Datenlieferung ANZVER87a zur Verfügung.

(9) Die Gesamtvertragspartner vereinbaren in den nachfolgenden Absätzen die schrittweise Einführung einer sicheren elektronischen Rechnungsbriefübermittlung im Rahmen der Rechnungslegung nach § 9. Die Vertragspartner verfolgen dabei die nachfolgenden Ziele:

- Ablösung der papierhaften Übersendung
- Schrittweise Einführung von Verfahren, mit dessen Hilfe die Vertragspartner die bestmögliche Beweissicherung erreichen können.

Dabei gehen die Gesamtvertragspartner derzeit davon aus, dass dieses Ziel zum Zeitpunkt der Unterzeichnung dieser Vereinbarung mittels der Anforderungen an eine bestmögliche Beweissicherung durch die Verfahren mit der höchsten Sicherheit gem. der eIDAS-Verordnung der EU und etwaigen Durchführungsgesetzen/-verordnungen erreicht werden können. Aufgrund der Komplexität und Abklärungsbedürftigeit der Umsetzbarkeit insbesondere von zertifizierten qualifizierten elektronischen Diensten durch zertifizierte Vertrauensdiensteanbietern auf beiden Seiten der Gesamtvertragspartner erfolgt die Umsetzung in 2 Schritten. Dabei stellt Schritt 1 eine Übergangslösung dar und greift auf bereits etablierte und im Gesundheitswesen anerkannte Vertrauensdienste zurück. In Schritt 2 soll ein Verfahren festgelegt werden, welches die o.g. bestmögliche Beweissicherung sicherstellt.

1. Es wird der nachfolgende Schritt 1 vereinbart:
   a) In einem ersten Schritt erfolgt dafür übergangsweise bis zur Etablierung von Schritt 2 eine Erzeugung der Rechnungsbriefe und Anlagen sowie deren Übermittlung nach den Regelungen des BMV in Anlage 6 sowie der Technischen Anlage zur Erzeugung und Übermittlung des Formblatt 3 (FB03).
   b) Die Vertragspartner vereinbaren eine parallele Auswertung und Bewertung der Umsetzung des Verfahrens (Schritt 1) als Voraussetzung für eine Entscheidung, über die Etablierung von Schritt 2.
2. Es wird nachfolgender Schritt 2 als Optionsrecht der KV Hamburg vereinbart:
   a) Sofern die KV Hamburg nach Auswertung gem. Abs. 9 Nr.1 b) den Bedarf für die Etablierung von Schritt 2 als gegeben einschätzt, teilt die KV Hamburg dies den Gesamtvertragspartner mit und unterbreitet hierfür ein Fachkonzept.
   b) Das Verfahren der Erzeugung und Übertragung des Rechnungsbriefes samt Anlagen soll im Schritt 2 im Vergleich zu Schritt 1 insbesondere die

bestmögliche Beweissicherung nach den Vorgaben der eIDAS-VO und entsprechender Durchführungsgesetze/-verordnungen beinhalten.

c) Das konkret anzuwendende Verfahren wird anschließend im Rahmen einer Nachtragsfassung als Anlage zu dieser Vereinbarung festgelegt.

(10) Zur Umsetzung von

a) Abs. 4 Satz 4 (BPG 6-9) sowie
b) von Abs. 9 (Schritt 1 der elektr. Rechnungsbriefübermittlung)

wird die KV Hamburg dem Vertragspartner zeitnah einen Fahrplan übermitteln.

Der Fahrplan hat für die Umsetzung nach a) bis spätestens 31.12.2023 die Erstellung eines Fachkonzeptes zu enthalten, damit die Krankenkassen rechtzeitig vor Umstellung des Prozesses eine Prüfung vornehmen können.

Für b) hat der Fahrplan ebenfalls die Erstellung eines Fachkonzeptes bis spätestens zum 30.06.2024 vorzusehen. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass für die Umsetzung eine Doppelfiktion des Zugangs vereinbart ist und die hierfür erforderlichen technischen Einzelheiten, wie zum Beispiel das Bestätigungsprotokoll, Gegenstand des Fachkonzeptes sein muss. Ebenso muss das Fachkonzept Regelungen darüber enthalten ob und in wie weit eine papierhafte Übermittlung ggf. auch für eine Übergangszeit beibehalten wird. Letztlich ist in diesem Zusammenhang bis spätestens 30.06.2024 ein verbindlicher Zeitpunkt für die Einführung der elektr. Rechnungsbriefübermittlung nach Abs. 9 festzulegen.

Die Fachkonzepte werden als abgestimmte Anlage im Rahmen einer Nachtragsfassung Bestandteil dieses Gesamtvertrages.

§ 11
Abrechnung von Materialien im Zusammenhang mit ärztlicher Behandlung

(1) Die KV Hamburg ist rechnungsbegleichende Stelle nach § 44 Abs. 6 BMV-Ä. Materialien, welche im Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung angewandt und/oder verbraucht werden, sind nur dann als Sachkosten auf dem Behandlungsausweis (Abrechnungsschein) abrechnungsfähig, wenn sie nicht in den berechnungsfähigen Leistungen des EBM (unter anderem Kosten nach 7.1 EBM) enthalten sind, nicht zu den Kosten nach 7.2 EBM zählen, wenn sie nicht explizit Bestandteil einer Sachkostenpauschale nach EBM sind und nicht in der zum Zeitpunkt der Erbringung der Leistung aktuell gültigen Sprechstundenbedarfsvereinbarung als Sprechstundenbedarf definiert sind. Des Weiteren ist eine Sachkostenabrechnung dann im Rahmen der Plausibilitätsprüfung zu beanstanden, wenn der Zusammenhang zwischen der erbrachten Leistung und dem abgerechneten Material nicht gegeben ist. Bei der Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen erfolgt die Darstellung im Formblatt 3 unter Kto. 400 Kapitel 90 Abschnitt 2 mit der Pseudoziffer 90000. Im Einzelfallnachweis (EFN) ist für jeden Sachkostenartikel das Freitextfeld beginnend mit dem Preis (2 Dezimalstellen nach dem Komma), gefolgt von dem Verkettungszeichen "|" (technisch: Pipe-Zeichen), gefolgt von der Bezeichnung des Sachkostenartikels, zu befüllen.

(2) Die vdek-Landesvertretung Hamburg ist berechtigt, die Kosten im Einzelfall zu überprüfen. Dazu wird die KVH auf Verlangen die Originalbelege vom Arzt anfordern und der vdek-Landesvertretung Hamburg vorlegen (Einsichtnahme). Die vdek-Landesvertretung Hamburg ist berechtigt, alternativ zur Einsichtnahme gegen Kostenerstattung die Übermittlung von Kopien zu verlangen. Die vdek-Landesvertretung Hamburg ist berechtigt, dieses ihr obliegende Prüfrecht auf die einzelnen Ersatzkassen in Hamburg zu übertragen.

(3) Ist aus medizinischen Gründen ein sofortiger Transport von Untersuchungsmaterial notwendig, werden die hierfür notwendigen Taxikosten gesondert erstattet.

§ 12
Prüfung von Abrechnungsunterlagen

Soweit sich bei der Umsetzung des § 56 BMV-Ä (Prüfung der Abrechnungsunterlagen und Kontenführung) ergibt, dass weiterer Reglungsbedarf besteht, verständigen sich die Vertragspartner darüber kurzfristig.

§ 13
Abschläge/Zahlung der Gesamtvergütung

(1) Die berechnete Gesamtvergütung wird vierteljährlich, und zwar 15 Tage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (§ 10 Abs. 4 dieses Vertrages) fällig. Die KV Hamburg ist befugt, in begründeten Fällen Abrechnungen der zur vertragsärztlichen Versorgung gehörenden ambulanten ärztlichen Leistungen, die von Universitätskliniken, Krankenhäusern und anderen ärztlich geleiteten Einrichtungen erbracht werden und Abrechnungen einzelner an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Ärzte zu einem späteren Zeitpunkt nachzureichen. Die Abrechnung erfolgt im nächstmöglichen Quartal.

(2) Die Abschlagszahlungen betragen für jeden Monat jeweils 30 % der nach den nachfolgenden Grundsätzen zu ermittelnden Ausgangsgröße. Die Zahlungen werden jeweils bis zum 5. des Folgemonats an die KV Hamburg geleistet. Die Ausgangsgröße für die Ermittlung der Abschlagszahlungen ergibt sich wie folgt:

Die Summe aus

1. der nach Maßgabe der jeweils geltenden Honorarvereinbarung zu ermittelnden vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des betreffenden Quartals,
2. der nach Maßgabe der jeweils geltenden Honorarvereinbarung ermittelten Ausgabenobergrenzen für die Leistungsbereiche außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des betreffenden Quartals sowie
3. der sonstigen Gesamtvergütungen des entsprechenden Quartals des Vorjahres, soweit sie nicht Nr. 1 bzw. Nr. 2 unterfällt,

wird vermindert um die im Vorjahresquartal tatsächlich gezahlten Zuzahlungen nach § 28 Absatz 4 Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie um die nach Maßgabe der Vereinbarungen zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von

Versicherten zu Verträgen nach §§ 63, 73b, 140a SGB V (Bereinigungsverträge) festgestellten Bereinigungsbeträge für das betreffende Quartal und ergibt so die Ausgangsgröße. Die Minderung erfolgt erst ab Bereinigungsbeträgen über 1000 EUR je Krankenkasse.

Es werden die jeweils aktuellen Versichertenzahlen zur Berechnung der Abschlagszahlungen berücksichtigt. Bei den aktuellen Versichertenzahlen handelt es sich um die Versichertenzahlen, die zwei Quartale vor dem jeweils laufenden Quartal, für das gerade die Abschlagszahlungen bestimmt werden, ermittelt wurden.

(3) Überzahlungen werden als Vorauszahlungen für das folgende Kalendervierteljahr berücksichtigt.

(4) Unbeschadet der Zahlungsfristen der Absätze 1 und 2 werden die Forderungen eines Vertragsarztes aus der Honorarverteilung gegen die KVH erst fällig, wenn

a) die Widerspruchsfristen der Ersatzkassen zur Abrechnung abgelaufen und

b) eventuell erforderliche Berichtigungs- und Prüfungsverfahren für die Beteiligten bindend abgeschlossen sind.

Bis dahin sind die Zahlungen der KVH an die Vertragsärzte aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse.

(5) Die Berücksichtigung der in der Datenlieferung ANZVER87a ausgewiesenen besonderen Personengruppen bei der Feststellung der für die Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung verwendeten Versichertenzahlen erfolgt gemäß den hierfür maßgeblichen Beschlüssen des Bewertungsausschusses (zuletzt Aufsatzwertebeschluss vom 21.09.2016 (383. Sitzung) und etwaigen Folgebeschlüssen des BA bzw. EBA – Teil A Ziffer 2.2.3) sowie der jeweils gültigen Honorarvereinbarung gemäß den jeweiligen gesamtvertraglichen Regelungen. Die Gesamtvertragspartner verständigen sich dahingehend, dass für die MGV-Berechnung die Summe aus der Addition der nachfolgend angegebenen Feldinhalte des Datensatzes ANZVER87a_IK (in der Definition der Anlage 7 zum 414. BA-Beschluss vom 01.04.2018) berücksichtigt wird:

Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl Versicherte
+ Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl Wohnausländer
+ Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl betreuter Personen

= Summe Versicherte MGV-Berechnung

Die vorgenannte Summe ist um die Anzahl der „Versicherten mit Wahl der Kostenerstattung“ in dem Umfang zu vermindern, in dem diese im Rahmen der „Vereinbarung zur Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen auf die vereinbarte Gesamtvergütung“ berücksichtigt werden Die Berücksichtigung der „Wohnausländer“ erfolgt ausschließlich für diejenigen Ersatzkassen, deren Sitz im KV-Bezirk Hamburg liegt.

§ 14
Verjährung /Verzug

(1) Der Vergütungsanspruch von vertragsärztlichen Leistungen eines Quartals verjährt vier Jahre nach Ende des Kalenderjahres, in dem die reguläre Abrechnung des entsprechenden Quartals gemäß den Fristen der Anlage 6 des BMV-Ä durch die KV Hamburg durchzuführen war. Der Vergütungsanspruch von sonstigen Forderungen der Vertragspartner verjähren nach vier Jahren nach Ende des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind.

(2) Der im Fall des Zahlungsverzuges geltende Verzugszinssatz richtet sich nach § 288 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)[3]. Zwischen den Partnern dieses Vertrages schriftlich geschlossene Stundungsvereinbarungen werden hiervon nicht berührt.

§ 15
Disziplinarverfahren / Befragung von Versicherten

Soweit sich in der Umsetzung des § 60 Abs. 3 BMV-Ä (Befragung von Versicherten) ergibt, dass weiterer Reglungsbedarf besteht, regeln die Vertragspartner das Nähere.

§ 16
Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte

In Spezifizierung des § 59 Abs. 1 BMV-Ä wird das Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte quartalsweise an die Landesvertretung des vdek in Form einer Excel-Tabelle übermittelt.

§ 17
Schlichtungsstelle

Bei der KV Hamburg wird bei Bedarf eine Schlichtungsstelle gemäß § 49 BMV-Ä errichtet. Das Nähere regeln die Gesamtvertragspartner gesondert.

§ 18
Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar oder nichtig sein bzw. nach Vertragsabschluss unwirksam oder undurchführbar oder nichtig werden, so wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrags im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren oder nichtigen Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen beziehungsweise nichtigen oder undurchführbaren Bestimmung

[3] Redaktioneller Hinweis: Zum 01.07.2023 beträgt der Verzugszinssatz gem. § 288 Abs. 1 BGB für das Jahr fünf Prozentpunkte über dem Basiszinssatz.

verfolgt heben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist.

§ 19
Inkrafttreten / Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt mit Wirkung ab 01.01.2024 in Kraft. Gleichzeitig tritt der Gesamtvertrag zwischen der KV Hamburg und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg (VdAK) sowie dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg (AEV), mit dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) als gemeinsamer Rechtsnachfolger, vom 11. April 1996 mit seinen Nachträgen außer Kraft. Die Anlagen zu dem bisherigen Gesamtvertrag behalten ihre Gültigkeit.

(2) Der Vertrag kann jeweils mit einer Frist von sechs Monaten zum Schluss eines Kalendervierteljahres mit eingeschriebenem Brief gekündigt werden. Für die einzelnen Anlagen zu diesem Vertrag können jeweils besondere Kündigungsfristen vereinbart werden.

(3) Die kündigende Partei unterrichtet gleichzeitig mit der Kündigung gem. § 89 Abs. 4 SGB V das Schiedsamt.

(4) Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass sie auf Antrag einer Partei jederzeit, ohne dass es der Vertragskündigung bedarf, über erforderliche Anpassungen an veränderte Verhältnisse verhandeln werden. Satz 1 gilt auch für die Anlagen zu diesem Vertrag.

Hamburg, den 08.09.2023

……..
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

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

Protokollnotiz
Zu § 1 des Gesamtvertrages

Anlässlich der Neufassung dieses Gesamtvertrages ist gem. § 1 Abs. 5 des Gesamtvertrages ein neues Anlagenverzeichnis erstellt worden. Die Vertragspartner beabsichtigen jeweils bei der nächstmöglichen Anpassung einer Anlage die entsprechende redaktionelle Anpassung des Rubrums vorzunehmen. Zur redaktionellen Klarstellung werden aus diesem Grunde die bisherigen Bezeichnungen beibehalten.

Protokollnotiz
zu § 11 des Gesamtvertrages

1. Die Plausibilitätsprüfung umfasst insbesondere die Prüfung, ob die in Ansatz gebrachten Sachkosten mit Blick auf die erbrachten Leistungen plausibel sind. Dies umfasst grundlegend keine Prüfung dahingehend, ob der Ansatz der Sachkosten ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich war und ob sie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Besteht jedoch aus fachlichem Ermessen heraus die Annahme, dass die Kosten oder die Menge der in Ansatz gebrachten Sachkosten ein auffällig hohes unwirtschaftliches Ausmaß aufweisen, prüft die KVH die Veranlassung eines Verfahrens der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106a SGB V.

2. Fordert die KVH im Rahmen der Sachkostenprüfung Originalbelege von den abrechenden Ärzten an, verbleibt eine Abschrift dieser Dokumente (in Elektronischer- oder Papierform) bei der KVH. Aus dieser Abschrift geht hervor, dass das Originaldokument bei der KVH vorgelegen hat. Bei der Einsichtnahme verzichten die Ersatzkassen auf die Vorlage der Originalunterlagen, soweit eine entsprechende Abschrift vorliegt.

3. Ein Beispiel für die Darstellung im EFN sieht wie folgt aus:

„5,35|Einmalendoskopiezange
3,48|Bakterienfilter“……]

Anlagenverzeichnis

Anlagenbezeichnung	Anlagenbezeichnung idFd. Gesamtvertrages von 01.04.1996 bis 31.12.2023	Kurzbezeichnung
Anlage 1	Anlage E	Ärztliche Versorgung Heimbewohner
Anlage 2	Anlage F	J 1-Vereinbarung
Anlage 3	Anlage G	Verfahren zur Durchführung von Plausibilitätskontrollen
Anlage 4	Anlage K	Regelung bei Überschreitungen der Ausgabenvolumina für Arznei-, Verband- und Heilmittel gemäß § 84 Abs. 3 Satz 1 SGB V
Anlage 5	Anlage M	Vereinbarung über die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Rahmen des Mammographie-Screenings
Anlage 6	Anlage N	Vereinbarung zur Förderung der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung
Anlage 7	Anlage O	Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch
Anlage 8	Anlage P	Vereinbarung zur Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen auf die vereinbarte Gesamtvergütung
Anlage 9	Anlage Q	Vereinbarung zur Durchführung des Screenings multiresistenter gramnegativer Erreger (MRGN) im Vorwege von Krankenhausbehandlungen

Anlage 10	Anlage SK-Katarakt zum Gesamtvertrag	Vereinbarung über die Abgeltung von Sachkosten bei der Durchführung von ambulanten Kataraktoperationen
Anlage 11	Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes Anlage B-MGV (bei KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme)	B-MGV
Honorarvereinbarung 2019	Honorarvereinbarung 2019 i. d. F. des 5. Nachtrages	HON2019
Honorarvereinbarung 2020	Honorarvereinbarung 2021 i. d. F. des 6. Nachtrages	HON2020
Honorarvereinbarung 2021	Honorarvereinbarung 2020 i. d. F. des 5. Nachtrages	HON2021
Honorarvereinbarung 2022	Honorarvereinbarung 2022 i. d. F. des 5. Nachtrages	HON2022
Honorarvereinbarung 2023	Honorarvereinbarung 2023 i. d. F. des 1. Nachtrages	HON2023

Anlage 1

zum

Gesamtvertrag zwischen

der KV Hamburg

und

dem vdek

vom 08.09.2023

Vormals: Anlage E

Kurzbezeichnung: Ärztliche Versorgung Heimbewohner

Anlage E

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH und dem VdAK sowie dem AEV vom 11.4.1996

in der Fassung des 2. Nachtrages vom 2. Dezember 1997

Vereinbarung
über die
budgetmäßige Behandlung der Vergütungen für Leistungen der ärztlichen Versorgung von Bewohnern der Heime des Landesbetriebes „Pflege und Wohnen“ bei Übernahme in die ambulante vertragsärztliche Versorgung

1. Die Partner dieser Vereinbarung stellen fest, daß nach der mit Schreiben vom 3.5.1994 des Leiters der Abteilung Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung des Bundesministeriums für Gesundheit, Ministerialdirektor Gerhard Schulte, bestätigten Auffassung die ambulante vertragsärztliche Versorgung der Pflegeheimbewohner zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Damit hätte auch die dafür zu zahlende Gesamtvergütung schon 1991 in die Basis des Vergütungsvolumens des Jahres 1991 einbezogen werden müssen. Dazu ist es aber wegen des zwischen den Krankenkassen und der Freien und Hansestadt Hamburg geschlossenen Vertrages, der eine direkte Abrechnung vorsah, nicht gekommen.

2. Sollte in der Zukunft eine Übernahme der ärztlichen Versorgung der Bewohner der Heime des Landesbetriebes „Pflege und Wohnen“ in die ambulante vertragsärztliche Versorgung erfolgen (z. B. durch Ermächtigung einzelner Heimärzte zur Durchführung dieser Behandlung oder durch Verlagerung der Behandlung vom heimärztlichen Dienst auf Vertragsärzte), werden die Partner dieser Vereinbarung die in ihren jeweiligen Gesamtverträgen getroffenen Vergütungsvereinbarungen bezüglich der Basis für die Gesamtvergütungen 1991 entsprechend berichtigen.

3. Hierzu wird folgendes Vorgehen vereinbart:

   3.1 Vom Zeitpunkt der Übernahme der ärztlichen Versorgung in die ambulante vertragsärztliche Versorgung an, der einvernehmlich unter den Vertragspartnern festgestellt wird, werden für die Dauer eines Jahres die für die ärztliche Versorgung der Bewohner der Heime des Landesbetriebes „Pflegen und Wohnen“ tatsächlich entstandenen Gesamtvergütungsanteile je Gesamtvertrag ermittelt.

   3.2 Die so ermittelten Beträge werden durch vier geteilt und ergeben so jeweils die Korrekturbeträge für die Ausgangsquartale I/91 bis IV/91. Die Korrekturen wirken sich ab dem in Nr. 3.1 genannten Zeitpunkt der Übernahme in die ambulante vertragsärztliche Versorgung auf die Berechnung der Gesamtvergütungen aus.

3.3 Die Vertragspartner verpflichten sich, in einem solchen Fall die Ermittlung der Korrekturbeträge sowie die daraus resultierenden Korrekturberechnungen zur Ermittlung der Gesamtvergütungen für die Zeit ab Übernahme der ärztlichen Versorgung in die ambulante vertragsärztliche Versorgung und die sich aus den Korrekturberechnungen ergebenden Veränderungen der Gesamtvergütungen unverzüglich durchzuführen und auszugleichen.

4. Diese Vereinbarung gilt entsprechend auch für budgetrelevante Ausgaben für Arznei- und Heilmittel bei der Übernahme in die ambulante vertragsärztliche Versorgung.

5. Diese Vereinbarung ist Bestandteil der jeweils zwischen den Vertragspartnern abgeschlossenen Vergütungsvereinbarungen.

Anlage 2

zum

Gesamtvertrag zwischen

der KV Hamburg

und

dem vdek

vom 08.09.2023

Vormals:	Anlage F
Kurzbezeichnung:	J 1-Vereinbarung
Redaktioneller Hinweis:	Bei der im Rubrum sowie in der Protokollnotiz in Bezug genommenen Fassung des § 20 SGB V und des § 67 Abs. 3 handelt es sich um den Gesetzesstand vom 02.07.1997.

Anlage F

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH und dem VdAK sowie dem AEV vom 11.4.1996

in der Fassung des 2. Nachtrages vom 2. Dezember 1997

Vereinbarung
über die
Durchführung einer präventiven Jugendgesundheitsuntersuchung mit dem Schwerpunkt einer Jugendgesundheitsberatung im Rahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung nach § 20 SGB V

Präambel

Mit der Einführung einer Jugendgesundheitsberatung verfolgen die Partner dieser Vereinbarung das Ziel, bei Jugendlichen im pubertären Alter zur Prävention von Gesundheitsgefährdungen eine präventive Gesundheitsuntersuchung mit dem Schwerpunkt einer Jugendgesundheitsberatung durchzuführen. Dabei soll insbesondere über die Themen Rauchen, Drogen, Alkohol- und Medikamentenkonsum sowie Ernährungsverhalten beraten und informiert werden mit dem Ziel, das Vor- oder Frühstadium einer Erkrankung, Entwicklungsstörung oder gesundheitsschädlichen Verhaltensweise frühzeitig zu erkennen und durch rechtzeitige Intervention ernsthaften Schäden vorzubeugen.

§ 1

Anspruch auf die Leistungen der Jugendgesundheitsberatung (nachfolgend J 1 genannt) haben Versicherte der Ersatzkassen im 13. Lebensjahr.

§ 2

(1) Die Durchführung der J 1 erfolgt ausschließlich durch niedergelassene Vertragsärzte, welche die in Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllen.

(2) Voraussetzung für die Beteiligung an dieser Vereinbarung ist die Teilnahme an einer Einführungsveranstaltung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, die über Inhalt und Ziel der Jugendgesundheitsberatung informiert, sowie die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen gemäß den Leitlinien der Ärztekammer Hamburg.

§ 3

Ziel der Jugendgesundheitsberatung ist die frühzeitige Information und Beratung in Gesundheitsfragen. Im Rahmen einer körperlichen Untersuchung sollen auch Gesundheitsstörungen im Vor- oder Frühstadium erkannt werden, um einen frühzeitigen Therapiebeginn zu sichern und hierdurch einen besseren Behandlungserfolg zu erzielen. Der Leistungsinhalt der Jugendgesundheitsberatung ergibt sich aus dem Dokumentationsbogen (Anlage).

§ 4

(1) Die Dokumentation der Leistung erfolgt anonymisiert auf dem Dokumentationsbogen (Anlage). Die Ausstattung der Praxen mit diesen Vordrucken übernimmt - mit Ausnahme der Kosten für die Vordrucke - die KVH.

(2) Die Dokumentationsbögen werden von den Ärzten getrennt von der Abrechnung an die KVH gegeben. Die Auswertung erfolgt durch das Zentralinstitut (ZI) für die kassenärztliche Versorgung. Nach Ablauf des ersten Vertragsjahres werden die Vertragspartner prüfen, ob eine repräsentative Stichprobe der Dokumentationen für die Auswertung ausreichend ist.

(3) Das ZI berichtet den Vertragspartnern quartalsweise über die Auswertungsergebnisse. Die Form der Auswertung wird zwischen den Beteiligten abgestimmt. Die Kostenerstattung für die Auswertung wird zwischen der KVH und dem ZI geregelt.

§ 5

(1) Die Höhe der Vergütung wird in einem gesonderten Vertrag vereinbart. Die Auswertung der Dokumentation ist mit der Vergütung abgegolten. Nach Ablauf des ersten Vertragsjahres werden die Vertragspartner die Inanspruchnahme der nachgehenden Beratung vor dem Hintergrund des zeitlichen Aufwandes einer Beratung und der damit verbundenen Vergütung überprüfen.

(2) Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über den Behandlungsausweis.

§ 6

Die Einhaltung der Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und des Datenschutzes ist von den teilnehmenden Ärzten und den Vertragspartnern zu gewährleisten.

§ 7

(1) Diese Vereinbarung tritt am 1.1.1995 in Kraft.

(2) Die Vereinbarung wird zunächst für einen Zeitraum von zwei Jahren geschlossen. Mindestens 6 Monate vor Ende der Laufzeit werden die Partner dieser Vereinbarung

Gespräche aufnehmen, in denen die Erfahrungen mit der Anwendung der Vereinbarung beraten und die eventuelle Verlängerung der Laufzeit verhandelt wird.

(3) Sollten während der Laufzeit dieser Vereinbarung die Vertragspartner auf Bundesebene eine entsprechende Regelung treffen, tritt diese mit ihrem Inkrafttreten an die Stelle dieser Vereinbarung.

Protokollnotiz

zur

Vereinbarung zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

und dem

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

sowie dem

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

die beiden letzteren vertreten durch die

Landesvertretung Hamburg des VdAK

über die Durchführung einer präventiven Jugendgesundheitsuntersuchung mit dem Schwerpunkt einer

Jugendgesundheitsberatung

im Rahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung nach § 20 SGB V

Die Vertragspartner stimmen darin überein, daß die Leistungen nach dieser Vereinbarung entsprechende Satzungsregelungen der einzelnen Ersatzkassen erfordern (§ 67 Abs. 3 SGB V).

Anlage 3

zum

Gesamtvertrag zwischen

der KV Hamburg

und

dem vdek

vom 08.09.2023

Vormals:	Anlage G
Kurzbezeichnung:	Vereinbarung zur Durchführung von Plausibilitätskontrollen
Redaktioneller Hinweis:	Bei den in Bezug genommenen gesetzlichen Regelungen handelt es sich um die Gesetzesfassung zum Zeitpunkt des 02.12.1997. Bei der in Bezug genommenen Regelung des BMV sowie des HVM gilt dies ebenfalls.

Anlage G

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH und dem VdAK sowie dem AEV vom 11.4.1996

in der Fassung des 2. Nachtrages vom 2. Dezember 1997

Verfahren zur Durchführung von Plausibilitätskontrollen gem. § 83 Abs. 2 SGB V

1. Nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen ist es Aufgabe der KVH, die eingereichten Abrechnungen der Vertragsärzte auf sachliche Richtigkeit zu prüfen und sie ggf. vor Verteilung der Gesamtvergütungen zu berichtigen (§§ 75 Abs. 1 Satz 1 und 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V; § 42 BMV-Ärzte/Ersatzkassen; § 8 HVM).

2. Berichtigungen nach den obigen Bestimmungen sind u.a. dann vorzunehmen, wenn Auffälligkeiten bestehen, die Zweifel an der Plausibilität der abgerechneten Leistungen begründen.

3. Zur Durchführung von Plausibilitätskontrollen durch die KVH werden in jedem Quartal mindestens 2 % der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte bzw. ärztlich geleiteten Einrichtungen für eine nähere Überprüfung der Plausibilität der abgerechneten Leistungen ausgewählt. In diesen Fällen werden die Abrechnungen insbesondere auf folgende beispielhaften Auffälligkeiten überprüft, die Zweifel an der Plausibilität begründen können:

3.1 Inkompatibilität zwischen angegebenen Diagnosen und abgerechneten Leistungen,

3.2 systematische Korrekturen von Diagnosen oder abgerechneten Leistungen,

3.3 systematische Ergänzungen von Diagnosen oder abgerechneten Leistungen,

3.4 systematische Korrekturen am Behandlungsdatum bei Leistungen, die bei derselben Inanspruchnahme nicht nebeneinander berechnungsfähig sind,

3.5 erkennbar falsche Datumseintragungen,

3.6 häufige "Verteilung" nicht nebeneinander abrechenbarer Leistungen auf kurz nacheinander folgende Tage (oder Uhrzeitangaben),

3.7 stereotype Abrechnung von Kombinationen aus Gebührenordnungsnummern,

3.8 Häufigkeit von abgerechneten Leistungen an bestimmten Tagen (z. B. Quartalsanfang) oder insgesamt unter Beachtung der Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung,

3.9 Häufung von Leistungen, die in vergleichbaren Praxen gar nicht oder nur ganz selten (in verschwindend geringem Umfange) vorkommen.

4. Aus besonderem Grund, so z.B. bei eingreifenden Änderungen des EBM (insbesondere Budgetierung von Leistungen, Fortfall der Abrechenbarkeit von Leistungen im Zusammenhang mit Bildung von Komplexgebühren, Veränderung der Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen usw.) können über den Umfang der Nr. 3 hinaus weitere Plausibilitätskontrollen durch die KVH durchgeführt werden. Hier können weitere Auffälligkeiten Anlaß zu Abrechnungsberichtigungen sein (weil sie berechtigte Zweifel an der richtigen Anwendung der geänderten Gebührenordnung begründen). Hinweise auf solche unzutreffenden Anwendungen neuer/geänderter EBM-Bestimmungen können beispielsweise geben

- offenbares Ausweichen auf bisher nicht oder nur selten abgerechnete Leistungen, insbesondere dann, wenn die Empfehlung entsprechender Ausweichstrategien bekannt sind und ein Vergleich der Abrechnungen des Arztes vor und nach der EBM-Änderung erhebliche absolute oder relative Abweichungen in den Zahlen der abgerechneten Leistungen ergeben (Vertikalvergleich).

5. Offensichtliche Implausibilitäten, die im Rahmen der beschriebenen Plausibilitätskontrollen festgestellt werden, bewirken die Vermutung einer sachlichen Unrichtigkeit der Abrechnung und führen zu entsprechenden Berichtigungen, sofern der betroffene Arzt nicht nachweisen kann, daß die Abrechnung trotz der offensichtlichen Implausibilität sachlich richtig ist.

6. Gezielte Plausibilitätskontrollen sind durch die KVH auch dann durchzuführen, wenn eine Ersatzkasse begründete Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung eines Vertragsartes hat. Die Kriterien der Prüfung sind nach Maßgabe des Einzelfalles in Abstimmung zwischen der Ersatzkasse und der KVH zu bestimmen. Als Grundlage dienst hier insbesondere der Katalog unter Nrn. 3 und 4. Die KVH informiert die Antragsteller über die Ergebnisse.

Anlage 4

zum

Gesamtvertrag zwischen

der KV Hamburg

und

dem vdek

vom 08.09.2023

Vormals:	Anlage K
Kurzbezeichnung:	Regelung bei Überschreitungen der Ausgabenvolumina für Arznei-, Verband- und Heilmittel gemäß § 84 Abs. 3 Satz 1 SGB V
Redaktioneller Hinweis:	Bei der in Bezug genommenen Regelung des § 106 SGB V in der Fassung zum Stand 21.04.2005 handelt sich zum Zeitpunkt der Unterzeichnung der Neufassung des Gesamtvertrages um die §§ 106, 106a-106c SGB V. Bei der in der Protokollnotiz in Bezug genommenen Prüfungs-vereinbarung handelt es sich um den Stand vom 21.04.2005.

Anlage K

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH

und dem VdAK sowie dem AEV vom 11.04.1996

in der Fassung des 16. Nachtrages vom 21.04.2005

Regelung bei Überschreitungen der Ausgabenvolumina für Arznei-, Verband- und Heilmittel gemäß § 84 Abs. 3 Satz 1 SGB V

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Die Vorschriften dieser Anlage gelangen nur dann zur Anwendung, wenn die tatsächlich festgestellten Ausgabenvolumina für Arznei-, Verband- und Heilmittel nach § 84 Abs. 5 Satz 1 bis 3 SGB V die vereinbarten Ausgabenvolumina für Arznei- Verband- und Heilmittel nach § 84 Abs. 1 und Abs. 8 SGB V für ein Kalenderjahr rechnerisch überschreiten. Maßgeblich hierfür ist ausschließlich die Übermittlung der Ausgaben durch die Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 84 Abs. 5 SGB V.

(2) Die Vorschriften dieser Anlage finden keine Anwendung, soweit die Ursachen der Überschreitung auf Umständen beruhen, die nicht von den Vertragsärzten zu vertreten sind und die Partner der Arznei- und Heilmittelvereinbarung darüber binnen 4 Monaten nach der Ausgabenmeldung gem. § 84 Abs. 5 SGB V eine verbindliche Festlegung treffen.

(3) Eine Saldierung von Zielverfehlungen zwischen Arznei- und Verbandmitteln einerseits sowie Heilmitteln andererseits findet nicht statt.

§ 2 Regressanspruch der Krankenkasse

(1) Bei Bestehen eines Überschreitungsbetrages nach § 1 erwerben die durch den VdAK/AEV vertretenen Krankenkassen gegenüber den Vertragsärzten, welche die im besonderen Teil der Zielvereinbarungen der Arznei- und Heilmittelvereinbarung (Indikationsbezogene Zielvereinbarungen) definierten Versorgungsziele nicht erreichen, jeweils einen Regressanspruch, der auf Ausgleich der durch die Nichterreichung der Ziele im Einzelfall entstandenen Mehrkosten für Arznei- und Heilmittelverordnungen gerichtet ist. Dies gilt nur, soweit das Abweichen von den Versorgungszielen nicht durch zwingende medizinische Gründe geboten oder gegenüber anderen Therapiealternativen die kostengünstigere Variante ist. Die Beweislast für die Anspruchsbegrenzung nach Satz 2 trägt der Vertragsarzt.

(2) Zur Ermittlung des Anspruchs gegenüber dem einzelnen Vertragsarzt werden durch Zielverfehlung in den einzelnen Zielfeldern über alle Krankenkassen entstandene Mehrkosten für Arznei- und Heilmittel mit durch Unterschreitung von Verordnungszielen realisierten Einsparungen je Zielfeld arztbezogen saldiert. Danach verbleibende Mehrkosten werden im Verhältnis der Anteile der Mehrkosten der einzel-

nen Krankenkassen quotiert und ergeben so die Obergrenze des Anspruchs der einzelnen Krankenkasse vorbehaltlich der in Abs. 1 Satz 2 genannten Umstände.

(3) Die Gesamthöhe aller Ansprüche nach Abs. 1 ist auf die Gesamthöhe der Überschreitung der Ausgabenvolumina nach § 1 Abs. 2 begrenzt. Übersteigen die durch Zielverfehlung entstandenen Mehrkosten –ausweislich der für die Ermittlung der Zielerreichung maßgeblichen Daten– der Gesamtheit der an der Arznei- und Heilmittelvereinbarung beteiligten Krankenkassenverbände die Überschreitung des Ausgabenvolumens, so sind diese Mehrkosten insgesamt nur im Verhältnis zur rechnerischen Überschreitung der Ausgabenvolumina insgesamt abzugsfähig. Die Höhe der einzelnen Regressansprüche gegen Vertragsärzte ist in diesem Fall zusätzlich bis zur Höhe des berücksichtigungsfähigen Gesamtanteils zu quotieren. Verbindliche Festlegungen der Partner der Arznei- und Heilmittelvereinbarung i. S. v. § 1 Abs. 2 sind bei der Berechnung der Quote zu berücksichtigen.
Werden im Rahmen der Arznei- und Heilmittelvereinbarung für indikationsbezogene Zielvereinbarungen andere Zeiträume, als der Geltungszeitraum der Vereinbarung (i. d. R. Kalenderjahr) festgeschrieben, so sind bei der Ermittlung der Anspruchshöhe die Daten der von der Geltung der Zielvereinbarungen betroffenen Kalendervierteljahre zugrunde zu legen. Im Rahmen der Quotierungen sind Überschreitungen der Ausgabenvolumina je Kalendervierteljahr mit 25 % der Gesamtüberschreitung zu berücksichtigen.

(4) Die Berechnungen zur Ermittlung von Regressansprüchen aufgrund von Zielverfehlungen und die Berechnungen nach Abs. 2 und 3 werden auf der Grundlage der Verordnungsdaten nach PZN für die Richtgrößenprüfung durchgeführt. Bei der Ermittlung der Höhe von Regressansprüchen sind die durch Zielverfehlung entstandenen Mehrkosten heranzuziehen. Maßgebend sind die aus den Verordnungsdaten ermittelten Nettokosten. Darüber hinausgehende Regreßansprüche der durch den VdAK/AEV vertretenen Krankenkassen aufgrund von Differenzen zu den Daten der Ausgabenmeldung nach § 84 Abs. 5 SGB V sind ausgeschlossen. Regressansprüche von Krankenkassen kommen darüber hinaus nur in Betracht, soweit Daten vorgelegt werden.

(5) Mit der Feststellung und Ermittlung der Höhe von einzelnen Regressansprüchen werden die Prüfgremien nach § 106 SGB V beauftragt. Näheres zum Verfahren regelt die Prüfungsvereinbarung.

§ 3 Durchsetzung der Ansprüche

(1) Bestandskräftige Regressansprüche der durch die von den VdAK/AEV vertretenen Krankenkassen werden in vier gleich große Teilbeträge aufgeteilt. Die KVH verrechnet diese Regressansprüche mit den in den auf den Eintritt der Bestandskraft folgenden vier Kalendervierteljahren entstehenden Honorarforderungen des Vertragsarztes. Eine Verrechnung findet einmal je Kalendervierteljahr statt. Die so erlangten Beträge werden unverzüglich an die Krankenkassen weitergeleitet. Soweit nur Teilbeträge realisiert werden können, werden diese im Verhältnis der Ansprüche aller nach gesamtvertraglichen Regelungen gegenüber dem jeweiligen Vertragarzt aufgrund von Zielverfehlungen anspruchsberechtigten Krankenkassen quotiert. Können Regressansprüche in den vier auf den Eintritt der Bestandskraft folgenden Kalendervierteljahren auf diesem Wege nicht oder nicht vollständig beigetrieben wer-

den, werden die Forderungen nach schriftlicher Unterrichtung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg von der anspruchsberechtigten Krankenkasse unmittelbar eingezogen.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg ist berechtigt, Ansprüche der Krankenkassen gegen Vertragsärzte nach Maßgabe von § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB IV zu stunden. Die KVH übermittelt der Krankenkasse jeweils Aufstellungen der danach zu zahlenden Teilbeträge; Abs. 1 findet insoweit keine Anwendung.

(3) Abs. 1 Satz 6 findet entsprechende Anwendung, wenn und soweit offenkundig die Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Nr. 2 SGB IV vorliegen oder der Vertragsarzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg das Vorliegen der Voraussetzungen zum Erlaß einer Forderung nach Maßgabe von § 76 Abs. 2 Nr. 3 SGB IV glaubhaft macht.

(4) Verrechnungen von Ansprüchen der Krankenkassen gegenüber einzelnen Ärzten mit der Gesamtvergütung sowie eine Haftung der KVH für die Beitreibbarkeit der Ansprüche sind ausgeschlossen.

§ 4 Inkrafttreten, Kündigung

Diese Anlage des Gesamtvertrages tritt zum 01.07.2005 in Kraft und kann abweichend von den übrigen Bestimmungen von jedem der Vertragspartner mit einer Frist von 12 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Protokollnotiz

zur Anlage K

des Gesamtvertrages der KVH mit dem VdAK sowie dem AEV vom 11.04.1996
in der Fassung des 16. Nachtrages vom 21.04.2005

Die Vertragspartner sind sich einig, daß Einreden aufgrund der Ergebnisse der Bewertungen hinsichtlich der Ursachen der Überschreitung von Ausgabenvolumina i. S. v. § 84 Abs. 3 SGB V gegen den Bestand von Ansprüchen der Krankenkassen nach dieser Anlage sowie die Durchführung von Anspruchsprüfungen nicht erhoben werden können.
Die Vertragspartner sind sich weiterhin darüber einig, daß die Feststellungen des Prüfungsausschusses nach § 19 Abs. 3 der Prüfungsvereinbarung im Rahmen der Bewertung der Erfüllung der Zielvereinbarungen nach § 84 Abs. 3 Satz 2 SGB V verbindlich sind. Das weitere rechtliche Schicksal einzelner Regressansprüche bleibt in diesem Zusammenhang außer Betracht.

Die Vertragspartner sind sich weiterhin darüber einig, daß im Rahmen der Bewertung des Verordnungsgeschehens nach § 84 Abs. 3 Satz 2 SGB V die hinsichtlich der Zielerreichung verbindlichen Feststellungen des Prüfungsausschusses nicht durch Umstände relativiert oder beeinflußt werden können, welche die Arzneimittelversorgung in den Feldern betreffen, für die keine Zielvereinbarungen getroffen wurden. Der gemäß § 19 Abs. 3 der Prüfungsvereinbarung von den Prüfgremien festgestellte Überschreitungsbetrag wird daher von den Vertragspartnern als nach gemeinsamer Bewertung minimal feststehender Überschreitungsbetrag des Ausgabenvolumens anerkannt, soweit er den Betrag der nach § 1 Abs. 2 getroffenen verbindlichen Festlegung der Parteien nicht überschreitet.

Anlage 5

zum

Gesamtvertrag zwischen

der KV Hamburg

und

dem vdek

vom 08.09.2023

Vormals: Anlage M

Kurzbezeichnung: Vereinbarung über die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Rahmen des Mammographie-Screenings

Anlage M

zwischen der KVH und dem vdek
zum Gesamtvertrag vom 11. April 1996

in der Fassung des 42. Nachtrages vom 27.05.2015

Vereinbarung
über die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Rahmen des Mammographie-Screenings in der gesetzlichen Krankenversicherung

§ 1 Vergütung und Abrechnung

(1) Die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Mammographie Screening erfolgt entsprechend der Maßgabe des EBM, Kapitel 1.7.3 und Kapitel 40, Abschnitt 40.16 EBM außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu Preisen der jeweils gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung.

(2) Für die Kosten der Leistungserbringung gilt Abschnitt 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM. Die Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf in der jeweils gültigen Fassung findet Anwendung.

(3) Mit den vorstehenden Vergütungsregelungen sind alle Kosten, die zusätzlich zu den Kosten der Leistungserbringung des Mammographie-Screenings entstehen, abgegolten. Davon ausgenommen sind Kosten der zentralen Stelle und die Wegepauschalen.

(4) Die Leistungen werden über die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg abgerechnet.

§ 2 Definition der Teilnahme

Als Teilnehmerin am Mammographie-Screening gilt die anspruchsberechtigte Frau im Alter zwischen 50 und 69 Jahren, die aufgrund der Einladung der Zentralen Stelle in der Screening Einheit die Mammographie nach Nr. 01750 EBM hat durchführen lassen.

§ 3 Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt mit Wirkung zum 01.04.2006 in Kraft. Er kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Kalenderjahr gekündigt werden. Die Kündigung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

P R O T O K O L L N O T I Z

zur Anlage M
zum Gesamtvertrag zwischen der KVH und dem vdek
vom 18. April 1996 in der Fassung des 42. Nachtrages vom 27.05.2015

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Festsetzung des regionalen Punktwertes für 2013 durch den Schiedsspruch des Landesschiedsamtes in seiner Sitzung am 15.08.2013 in Bezug auf den festgesetzten Zuschlag von 2,083 % unter dem Aktenzeichen L 5 KA 68/13 KL Gegenstand einer Klage vor dem Landessozialgericht Hamburg ist.

Vor diesem Hintergrund finden Nr. 4 der Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2015 und etwaige Fortschreibungen dieser Nr. 4 in Honorarvereinbarungen in den nachfolgenden Jahren auch auf diese Vereinbarung Anwendung.

Anlage 6

zum

Gesamtvertrag zwischen

der KV Hamburg

und

dem vdek

vom 08.09.2023

Vormals:	Anlage N
Kurzbezeichnung:	Vereinbarung zur Förderung der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung

Anlage N

**zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und dem vdek**

vom 11. April 1996

in der Fassung des 27. Nachtrages vom 15. Juli 2009

**Vereinbarung zur Förderung
der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung**

Präambel

Ziel dieses Vertrages ist die Sicherstellung und Förderung der qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Patienten mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose.

Die Abbildung dieses Krankheitsbildes im Einheitlichen Bewertungsmaßstab ist derzeit ungeeignet, um die bestehende qualitativ hochwertige ambulante Versorgung im Versorgungsbereich Hamburg sicherzustellen.

Die Partner dieser Vereinbarung stellen fest, dass vor diesem Hintergrund zu einer angemessenen Vergütung weitere Regelungen erforderlich sind. Dies erfolgt im Versorgungsbereich Hamburg in Form der nachfolgend beschriebenen Strukturpauschale.

§ 1 Anspruchsberechtigte Versicherte

Anspruch auf Leistungen nach diesem Vertrag haben alle Versicherten mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF = Mukoviszidose; ICD E84,- G).

§ 2 Teilnahmegenehmigung

(1) Ärzte beantragen ihre Teilnahme durch Abgabe der Teilnahmeerklärung (Anlage 1) gegenüber der KVH und weisen hierbei schriftlich die Teilnahmevoraussetzungen nach und erkennen die Inhalte dieses Vertrages an.

(2) Bei Vorliegen der Qualifikationsvoraussetzungen gem. § 3 erteilt die KVH die Genehmigung zur Abrechnung der Leistung nach dieser Vereinbarung.

(3) Der Arzt kann seine Teilnahme an dem Vertrag gegenüber der KVH schriftlich mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende kündigen.

(4) Die Teilnahme des Arztes endet auch mit dem Wegfall der Voraussetzungen nach § 3. Die KVH teilt dem Arzt das Ende seiner Teilnahme mit.

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen

(1) Ärzte, die die Voraussetzungen nach Anlage 2 zu dieser Vereinbarung erfüllen, sind teilnahmeberechtigt an diesem Vertrag.

(2) Zur Aufrechterhaltung der Teilnahmeberechtigung verpflichten sich die teilnehmenden Ärzte zur regelmäßigen Teilnahme an von den Ärztekammern und/oder der KVH anerkannten Fortbildungen/Qualitätszirkeln mit einer Mindestgesamtpunktzahl von 20 pro Jahr, davon mindestens 5 Punkte Fortbildungen.

(3) Die Teilnahme an einer(m) Fortbildung/Qualitätszirkel ist der KVH einmal jährlich nachzuweisen. Die Fortbildungsnachweise sind an das Kalenderjahr gebunden. Werden die Fortbildungen nicht bis zum 15.02 eines jeden Folgejahres nachgewiesen, erlischt die Teilnahmegenehmigung mit Ablauf des 1. Quartals des Kalenderjahres. Die Nachweispflicht für die teilnehmenden Ärzte beginnt im Jahr 2009.

§ 4 Versorgungsauftrag der Ärzte

Die teilnahmeberechtigten Ärzte übernehmen die umfassende qualitätsgesicherte ambulante Betreuung und Versorgung von Patienten mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF = Mukoviszidose; ICD E84,- G). Dies beinhaltet 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, bronchoalveoläre 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

§ 5 Vergütung

(1) Werden bei der Behandlung von Patienten nach § 1 dieser Vereinbarungen Leistungen erbracht, die in der jeweils gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung aufgeführt sind, werden sie nach dieser vergütet.

(2) Zur Erstattung des besonderen Betreuungs-/Versorgungsaufwandes, welcher durch die Erfüllung des Versorgungsauftrages nach § 4 anfällt, werden abschließend durch eine Strukturpauschale außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

Leistungsbeschreibung	**Abr.-Nr.**	**Vergütung**
Strukturpauschale für die Erfüllung des Versorgungsauftrages nach § 4 und dem damit verbundenen besonderen Betreuungs-/Versorgungsaufwand Die Pauschale ist nur bei der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF = Mukoviszidose; ICD E84.- G) abrechnungsfähig	94700	285,- € pro Patient pro Quartal

§ 6 Abrechnungsverfahren

(1) Die Strukturpauschale gem. § 5 ist über die KVH abzurechnen. Die Abrechnung erfolgt über einen gesondert anzulegenden Behandlungsausweis auf dem nur die Strukturpauschale unter der Angabe der gesicherten Diagnose mit dem ICD Schlüssel E 84.- zzgl. Zusatzkennzeichen G abzurechnen ist. Die KVH ist berechtigt, die Verwaltungskosten nach der Satzung in der jeweils gültigen Fassung in Abzug zu bringen.

(2) Die Ausweisung der vorgenannten Strukturpauschale erfolgt im Rahmen der Rechnungslegung. Eine Ausweisung im Formblatt 3 ist ausgeschlossen.

(3) Hinsichtlich der Abrechnung durch die KVH, der Zahlungstermine, der rechnerischen/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des Gesamt-vertrages zwischen den Vertragspartnern mit der Maßgabe, dass eine Abrechnung direkt mit den durch die rubrizierenden Vertragspartner repräsentierten Krankenkassen erfolgt.

§ 7 Schweigepflicht / Datenschutz

Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen unberührt und sind von allen Vertragspartnern zu beachten.

§ 8 Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.

§ 9 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Vertragspartner verpflichten sich, etwaige unwirksame oder undurchführbare Vertragsbestimmungen bzw. vorhandene Lücken zu ersetzen oder durch solche Vorschriften zu ergänzen, die dem Zweck des Vertrages am nächsten kommen.

§ 10 Laufzeit und Kündigung und Beitritt bzw. Widerruf

(1) Der Vertrag tritt mit Wirkung zum 01.07.2010 in Kraft.

(2) Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende, frühestens zum 31.12.2010, gekündigt werden.

Anlage 1
zur Vereinbarung zur Förderung
der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Humboldtstr. 56
22083 Hamburg

A N T R A G
auf Teilnahme am Vertrag zur qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung

I. Persönliche Angaben

.....
LANR

.....
Name, Vorname, ggf. Titel geb. am

.....
Praxisanschrift (Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen ist) Telefon

.....
BSNR (bitte alle BSNR einschließlich Nebenbetriebsstätten-Nr. angeben)

Niederlassung als Vertragsarzt (im Gebiet der KV .....) ab.....

in Einzelpraxis _ in Gemeinschaftspraxis _ im MVZ .....

bei Gemeinschaftspraxis bitte Partner angeben

.....

II. Fachliche Anforderungen

- ☐ Ich bin als Arzt tätig in einer Praxis, die die Voraussetzungen nach Anlage 2 zu dieser Vereinbarung erfüllt. Die entsprechenden Nachweise habe ich beigefügt.

III. Erklärung

Mir sind die Ziele und Inhalte des o.a. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich für mich bei der Teilnahme ergeben, bekannt und ich erkenne diese an.

Ich verpflichte mich,

- ☐ regelmäßig an von den Ärztekammern und/oder der KVH anerkannten Fortbildungen oder Qualitätszirkeln mit einer Mindestgesamtpunktzahl von 20 pro Jahr, davon mindestens 5 Punkte Fortbildungen, teilzunehmen.

- ☐ die Fortbildungsnachweise jeweils bezogen auf ein Kalenderjahr jeweils bis spätestens zum 15.02. des Folgejahres bei der KVH einzureichen. Mir ist bekannt, dass für den Fall, dass die Fortbildungsnachweise nicht bis zum 15.02. eines jeden Folgejahres erbracht werden, die Teilnahmegenehmigung mit Ablauf dieses Quartals erlischt.

IV. Allgemeines

Leistungen nach dem Vertrag zur qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche Genehmigung erteilt wurde.

.....

Ort/Datum | Unterschrift/Vertragsarztstempel

Anlage 2
zur Vereinbarung zur Förderung
der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung

Die folgenden Anforderungen sind vom/von der Arzt/Ärztin bei der Antragstellung gegenüber der KV Hamburg nachzuweisen:

Persönliche fachliche Anforderungen

- Facharzt/Fachärztin (Kinderarzt/Kinderärztin) bei Versorgung von Kindern und Jugendlichen bei Versorgung von mindestens 50 Kindern oder Jungendlichen 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 § 4 dieser Vereinbarung beinhaltet, vorzuhalten oder jederzeit zu diesen Zugang zu haben. Hinsichtlich der medizinisch-technischen Ausstattungen kann der Nachweis auch durch Kooperationsvereinbarungen geführt werden.

Protokollnotiz

Abweichend von der vorstehenden Vereinbarung wird im 3. und 4. Quartal 2010 zusätzlich zur jeweils in Ansatz gebrachten Vergütungspauschale (GOP 94700) gemäß § 5 Abs. 2 dieser Anlage zum Gesamtvertrag eine weitere Vergütungspauschale (GOP 94701) in Höhe von je 855 EUR vergütet.

Sollte der Einheitliche Bewertungsmaßstab zu diesem Krankheitsbild Änderungen unterworfen sein, besteht für die Vertragspartner ein Sonderkündigungsrecht dieser Anlage zum Gesamtvertrag. Die Kündigung ist zum Termin des Inkrafttretens der Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes möglich. Sollten trotz Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zu diesem Krankheitsbild, die bestehende qualitativ hochwertige ambulante Versorgung im Versorgungsbereich Hamburg nicht sichergestellt sein, kann statt einer Kündigung der Vereinbarung alternativ eine neue Vergütung gemäß § 5 Abs. 2 dieser Anlage zum Gesamtvertrag vereinbart werden. Die neue Vergütung gemäß § 5 Abs. 2 dieser Anlage zum Gesamtvertrag tritt zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zu diesem Krankheitsbild in Kraft.

Anlage 7

zum

Gesamtvertrag zwischen

der KV Hamburg

und

dem vdek

vom 08.09.2023

Vormals: Anlage O

Kurzbezeichnung: Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch

Anlage O

zwischen der KVH und dem vdek

zum Gesamtvertrag vom 11. April 1996

in der Fassung des 29. Nachtrages vom 20.04.2011

Vereinbarung über die
Vergütung von Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch

Präambel

Gemäß den Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung (NVV) erfolgt die Vergütung von Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch nach der jeweils gültigen Euro-Gebührenordnung.

Die Partner dieser Vereinbarung stellen fest, dass - unter Berücksichtigung der bisherigen gesamtvertraglichen Regelungen - zur Sicherstellung einer ausreichenden und bedarfsgerechten Versorgung sowie einer angemessenen Vergütung weitere Regelungen erforderlich sind.

Dies erfolgt im Versorgungsbereich Hamburg in Form der nachfolgend aufgeführten Pauschalvergütung.

§ 1 Vergütungsregelung

(1) Für die Erbringung der Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch (vormals: Sonstige Hilfen-Richtlinien) in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Ärztliche Leistungen inklusive Sach- und Medikamentenkosten im Zusammenhang mit den ärztlichen Leistungen bei der Behandlung gemäß Absatz 1 werden mit Ausnahme der Leistungen bei medikamentösem Schwangerschaftsabbruch und der Anästhesie je Behandlungsfall pauschal nach der **GOP 99600** vergütet.

(3) Sofern die Leistungen nach Absatz 2 unter Lokalanästhesie durchgeführt werden, erfolgt die Vergütung je Behandlungsfall pauschal nach der **GOP 99601.** Die Leistung nach Absatz 2 und nach Absatz 4 darf in diesem Fall nicht abgerechnet werden.

(4) Leistungen der Anästhesie inklusive Sach- und Medikamentenkosten im Zusammenhang mit den ärztlichen Leistungen der Anästhesie, die im Zusammenhang mit den vorstehenden Leistungen nach Absatz 2 stehen und nicht gemäß Absatz 3 lokal durchgeführt werden, werden je Behandlungsfall pauschal nach der **GOP 99602** vergütet.

(5) Ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit der Behandlung gemäß Absatz 1 sowie die Sach- und Medikamentenkosten im Zusammenhang mit den vorgenannten

Leistungen werden je Behandlungsfall pauschal nach der **GOP 99603** vergütet, wenn der Schwangerschaftsabbruch medikamentös durchgeführt wird (Medikamentöser Abbruch).

(6) Die Kontrolluntersuchung(en) nach einen durchgeführten Schwangerschaftsabbruch nach Absatz 1 bis 5 zwischen dem 7. und 14. Tag nach Abbruch werden je Behandlungsfall auf Einzelnachweis pauschal nach der **GOP 99604** vergütet.

Die Abrechnung der Pauschale (GOP 99604) setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschallvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Abrechnung der EBM-Gebührenordnungsposition 01912 voraus.

(7) Die Vergütung für die ärztlichen Leistungen sowie die mit diesen im Zusammenhang stehenden Sachkosten sind mit den vorstehenden Pauschalen abgegolten. Die in Anlage 1 zu dieser Vereinbarung aufgeführten Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM-Ziffern) dürfen nicht neben den jeweiligen Pauschalen abgerechnet werden.

Für die EBM-Ziffern 01900 bis 01902 gilt der vorgenannte Abrechnungsausschluss auch im selben Arztfall.

(8) Die Vergütung ergibt sich aus der Anlage 1.

§ 2 Schlussbestimmung

(1) Die Zahlung der Leistungen nach dieser Vereinbarung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird entsprechend der Leistungsbedarfe der Quartale I bis IV/2008 für vorstehend genannte Leistungen bereinigt. Das Nähere stimmen die Partner der Gesamtverträge im Schriftwechsel ab.

(2) Die Abrechnung und Vergütung der erbrachten Leistungen dieses Vertrages erfolgt nach Maßgabe der jeweils geltenden Abrechnungsregelungen der KV Hamburg. Die KV Hamburg ist berechtigt, den üblichen Verwaltungskostenaufwand gegenüber den teilnehmenden Ärzten bei der Honorarabbrechung in Ansatz zu bringen. Hinsichtlich der Abrechnung und Ausweisung im Formblatt 3 gelten im Übrigen die Bestimmungen des Gesamtvertrages zwischen den Vertragspartnern.

(3) Die Vereinbarung tritt mit Wirkung ab dem 01. April 2011 in Kraft.

(4) Die Vereinbarung kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.

Anlage 1
zur
Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch

Nr.	Pauschale	Betrag in EUR	GOP
1	**Gynäkologie I in Vollnarkose - ohne Anästhesie** (ärztliche Leistungen und Sachkosten mit Ausnahme des medikamentösen Abbruchs Nr. 4) 1 x je Behandlungsfall Neben der GOP 99600 sind die EBM-Gebührenordnungspositionen 01901, 01902, 01904, 01910, 08211, 32045, 32125, 40120 und 40144 nicht abrechenbar.	**250,00** EUR	99600
2	**Gynäkologie I mit Lokalanästhesie** (ärztliche Leistungen und Sachkosten sowie Lokalanästhesie mit Ausnahme des medikamentösen Abbruchs Nr. 4) 1 x je Behandlungsfall Neben der GOP 99601 sind die EBM-Gebührenordnungspositionen 01901, 01902, 01904, 01910, 08211, 31800, 32045, 32125, 40120 und 40144 sowie die GOP 99600 und 99602 dieses Vertrages nicht abrechenbar.	**275,50** EUR	99601
3	**Anästhesie** (ärztliche Leistungen und Sachkosten der Anästhesie im Zusammenhang mit Nr. 1) 1 x je Behandlungsfall Neben der GOP 99602 sind die EBM-Gebührenordnungspositionen 01903, 01913, 05211 und 05230 sowie die GOP 99601 dieses Vertrages nicht abrechenbar.	**230,00** EUR	99602
4	**Gynäkologie II** (ärztliche Leistungen bei medikamentösem Abbruch und Sachkosten ohne EBM 40156) 1 x je Behandlungsfall Neben der GOP 99603 sind die EBM-Gebührenordnungspositionen 01901, 01902, 01906, 01911, 08211 und 33044 sowie die GOP 99600 bis 99602 dieses Vertrages nicht abrechenbar.	**268,70** EUR	99603
5	**Kontrolluntersuchung** (Kontrolluntersuchung nach einem durchgeführten Schwangerschaftsabbruch nach Nr. 1, 2 oder 4 nach Maßgabe von § 1 Absatz 6) 1 x je Behandlungsfall auf Einzelnachweis Die Leistung setzt die Genehmigung der KV Hamburg nach der Ultraschall-Vereinbarung gem. § 1 Absatz 6 voraus. Neben der GOP 99604 sind die EBM-Gebührenordnungspositionen 01912 und 33044 nicht abrechenbar.	**24,50** EUR	99604

Protokollerklärung

Anlässlich der Unterzeichnung der „Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch“ stimmen die Partner der Gesamtverträge sowie die Freie- und Hansestadt Hamburg (FHH) darin überein, dass die FHH die zwischen den Gesamtvertragspartnern vereinbarten Vergütungen entsprechend den hierfür geltenden Regelungen des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz - SchKG) vollumfänglich gegen sich gelten lässt.

Hamburg, den 20.04.2011

Anlage 8

zum

Gesamtvertrag zwischen

der KV Hamburg

und

dem vdek

vom 08.09.2023

Vormals:	Anlage P
Kurzbezeichnung:	Vereinbarung zur Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen auf die vereinbarte Gesamtvergütung
Redaktioneller Hinweis:	Die in Bezug genommenen Regelungen des § 106 SGB V zum Stand 09.04.2013 betreffen zum Zeitpunkt der Unterzeichnung der Neufassung des Gesamtvertrages die Regelung in §§ 106, 106a-106c SGB V.

Anlage P

zwischen der KVH und dem vdek

zum Gesamtvertrag vom 11. April 1996

in der Fassung des 35. Nachtrages vom 9. April 2013

Vereinbarung
zur
Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen
auf die vereinbarte Gesamtvergütung

nach § 87a Absatz 3a Satz 5 in Verbindung mit § 13 Abs. 2, § 53 Absatz 4 mit Ausnahme von § 13 Absatz 2 Satz 5 SGB V

Diese gemeinsam und einheitlich geschlossene Vereinbarung wird zugleich als

- **29. Nachtrag Anlage N** zum Gesamtvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg vom 18.04.1996,
- **28. Nachtrag Anlage L** zum Gesamtvertrag mit dem BKK Landesverband Nordwest vom 18.04.1996,
- **26. Nachtrag Anlage L** zum Gesamtvertrag mit der IKK classic vom 18.04.1996,
- **4. Nachtrag Anlage 8** zum Gesamtvertrag mit der Knappschaft vom 25.11.2011 sowie
- **35. Nachtrag Anlage P** zum Gesamtvertrag mit dem vdek vom 11.04.1996.

Präambel

Die Vertragspartner schließen mit Wirkung für die von den rubrizierenden Vertragspartnern vertretenen Krankenkassen für den Zeitraum ab dem 01.04.2013 die nachfolgende Vereinbarung zur Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen auf die vereinbarte Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3a Satz 5 SGB V im Versorgungsbereich Hamburg.

§ 1
Grundlagen der Anrechnung

Für die nachfolgend abschließend aufgeführten Kostenerstattungsleistungen findet eine Anrechnung auf die vereinbarte Gesamtvergütung nach den näheren Bestimmungen dieser Vereinbarung statt:

1. Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Absatz 2 SGB V sofern

   a) gemäß § 13 Absatz 2 Satz 1 SGB V generell Kostenerstattung gewählt wurde

b) gemäß § 13 Absatz 2 Satz 4, 1. Alt. SGB V eine Einschränkung auf den Bereich der ärztlichen Leistungen erfolgt ist.

2. Kostenerstattungsleistungen nach § 53 Absatz 4 SGB V sofern

a) der Tarif entsprechend 1. a) ausgestaltet ist
b) der Tarif entsprechend 1. b) ausgestaltet ist.

§ 2
Inhalt und Umfang der Anrechnung

(1) Die Anrechnung der Kostenerstattungsleistungen nach § 1 findet für Versicherte statt, die nach dem Wohnortprinzip dem Bezirk der KVH zugeordnet sind (Wohnort-KV).

(2) Eine Anrechnung erfolgt gem. § 13 Abs. 2 Satz 12 SGB V nur dann, wenn die Kostenerstattungsleistungen für ein Kalendervierteljahr gewählt wurden.

(3) Voraussetzung für eine Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen nach dieser Vereinbarung ist, dass die Vertragspartner der Prüfungsvereinbarung eine Regelung zur Herausrechnung der von Vertragsärzten bei Versicherten mit gewählter Kostenerstattungsleistung veranlassten Arzneimittelverordnungen im Rahmen der Prüfungsvereinbarung mit Wirkung für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V getroffen haben.

(4) Es werden keine pauschalen Anrechnungsbeträge vereinbart.

(5) Fälle der Kostenerstattungsleistungen nach § 1 Nr. 1 a und b sowie Nr. 2 a und b werden auf die Gesamtvergütung angerechnet, indem die Anzahl der betreffenden Versicherten einer Krankenkasse, die Kostenerstattungsleistungen gewählt haben, von der von der Krankenkasse für das betreffende Kalendervierteljahr gemeldeten Versichertenzahl für die Berechnung der regionalen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3 Satz 1 gemäß der jeweils geltenden Honorarvereinbarung in Abzug gebracht wird.

(6) Die Meldung der Versicherten erfolgt nach Maßgabe des § 4.

§ 3
Inanspruchnahme des Kollektivsystems

(1) Erfolgt durch Versicherte, die Kostenerstattungsleistungen nach § 1 Nr. 1 a, b, Nr. 2 a oder b gewählt haben, eine Inanspruchnahme von Leistungen im Kollektivvertrag, vergütet die Krankenkasse die erbrachten Leistungen zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung außerhalb der MGV.

(2) Die Ausweisung der Leistungen erfolgt im Formblatt 3 nach den Regelungen zur Darstellung der sogenannten nichtvertragskonformen Inanspruchnahme (NVI) bei der Bereinigung von Selektivverträgen (288. Beschluss des Bewertungsausschusses Teil A Ziffer 3.1.6 Nr. 4 - ggf. einschließlich etwaiger Folgebeschlüsse - in Verbindung mit

Anlage 6 der Bundesmantelverträge I, Abschnitt 1 § 1 Absatz 3a). Die KV Hamburg liefert hierzu an die betreffenden Krankenkassen
1. die Datenlieferung gem. Anlage 6 der Bundesmantelverträge I, Abschnitt 1 § 1 Absatz 3a,
2. die Datenlieferung nach 1. ausschließlich für die NVI-Fälle sowie
3. die Datenlieferung nach 1. ausschließlich für die Fälle des Abs. 1.

(3) Die Vergütungen nach Absatz 1 werden entsprechend der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelungen bei der Ermittlung der Abschlagszahlungen berücksichtigt.

§ 4
Datenlieferung und Frist

(1) Die Datenlieferungsverpflichtungen entsprechend des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 263. Sitzung am 17. Oktober 2011 Teil B mit Wirkung zum 17. Oktober 2011 - ggf. einschließlich etwaiger Folgebeschlüsse - stellen keine taugliche Grundlage für eine Datenlieferung dar, die die Anforderungen nach dieser Vereinbarung vollständig erfasst. Daher ist die Anzahl der Versicherten, die Kostenerstattungsleistungen nach § 1 Nr. 1 a, b, Nr. 2 a oder b gewählt haben, der KVH unter Angabe der Krankenversichertennummer, Name, Vorname, Geburtsdatum und PLZ nach Anlage 1 in Papierform zu melden (Anlage 1 zu dieser Vereinbarung). Die Meldung kann an die FAX-Nr. 040/22802-420 erfolgen.

(2) Die Meldung hat durch die Krankenkasse bis spätestens 1 Woche vor Ablauf des Kalendervierteljahres zu erfolgen, für das die Anrechnung nach dieser Vereinbarung erfolgen soll.

(3) Erfolgt keine fristgerechte Lieferung der Daten an die KVH, findet eine Anrechnung für das betreffende Kalendervierteljahr nicht statt.

§ 5
Inkrafttreten und Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2013 in Kraft. Der Vertrag kann jeweils mit einer Frist von drei Monaten zum Schluss eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.

(2) Sofern Krankenkassen und/oder einzelne der rubrizierenden Vertragspartner mit der KV Hamburg bestehende Vereinbarungen zur Anrechnung von Kostenerstattungen haben, finden diese vorrangig Anwendung, wenn in den Vereinbarungen sichergestellt ist/wird, dass alle in der vorstehenden Vereinbarung aufgeführten Arten der Kostenerstattung erfasst sind und darüber hinaus Ausschlussfristen für den Eingang der Versichertenmeldungen inklusive Krankenversichertennummern an die KV Hamburg und die gemeinsame Prüfungsstelle vorgesehen sind, die der Frist in § 4 entspricht.

Hamburg, den 09.04.2013

Anlage 1 zur Vereinbarung

Kassenstempel

Datum: _____
Kassennummer: _____
Quartal: _____

Kassenärztliche Vereinigung – Erfassung Kostenerstattung

Fax-Nr.: 040/22802-420 +++Fax-Nr.: 040/22802-420 +++ Fax-Nr.: 040/22802-420

Abgabetermine: Gem. § 4 hat Meldung durch die Krankenkasse bis spätestens 1 Woche vor Ablauf des Kalendervierteljahres zu erfolgen, für das die Anrechnung nach dieser Vereinbarung erfolgen soll.

Meldung der Versicherten gem. der Vereinbarung über die Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen auf die Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3a Satz 5 SGB V

Versicherte nach nach § 1 Nr. 1 a, b, Nr. 2 a oder b der Vereinbarung

Die Krankenversichertennummern, Name, Vorname, Geburtsdatum und PLZ aller gemeldeten Versicherten, die Kostenerstattung nach § 1 Nr. 1 a, b, Nr. 2 a oder b der Vereinbarung gewählt haben, sind dieser Meldung als Anlage beigefügt.

_____
Unterschrift

Anlage 1 zur Vereinbarung

Datum: _____
Kassennummer: _____
Quartal: _____

Lfd. Nr.	Kranken-versicherten-nummer	Name	Vorname	Geburtsdatum	PLZ

Anlage 9

zum

Gesamtvertrag zwischen

der KV Hamburg

und

dem vdek

vom 08.09.2023

Vormals:	Anlage Q
Kurzbezeichnung:	Vereinbarung zur Durchführung des Screenings multiresistenter gramnegativer Erreger (MRGN) im Vorwege von Krankenhausbehandlungen

Anlage Q

zwischen der KVH und dem vdek

zum Gesamtvertrag vom 11. April 1996
in der Fassung des 44. Nachtrages vom 24.06.2014

Vereinbarung
zur
Durchführung des Screenings multiresistenter gramnegativer Erreger (MRGN)
im Vorwege von Krankenhausbehandlungen

Diese gemeinsam und einheitlich geschlossene Vereinbarung zur Durchführung des Screenings multiresistenter gramnegativer Erreger (MRGN) wird als

40. Nachtrag zum Gesamtvertrag der **AOK Rheinland/Hamburg** als Anlage **P,**

39. Nachtrag zum Gesamtvertrag des **BKK-Landesverbandes NORDWEST** als Anlage **M,**

36. Nachtrag zum Gesamtvertrag der **IKK classic** als Anlage **M,**

11. Nachtrag zum Gesamtvertrag der **Knappschaft** als Anlage **9** und

44. Nachtrag zum Gesamtvertrag der **Ersatzkassen in Hamburg** als Anlage **Q**

Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Präambel

Vorwiegendes Ziel dieser Vereinbarung ist die Ermittlung derjenigen Risikopatienten, die mit multiresistenten gramnegativen Keimen besiedelt oder infiziert sind, um die Reduktion der Übertragungen der Erreger zu ermöglichen.

Da bisher gesetzlich kein ambulantes Screening auf MRGN im Vorwege von Krankenhausbehandlungen gefordert ist, soll anhand des hier verankerten Screenings von Risikogruppen sowohl die Prävalenz von MRGN-Trägern bei Aufnahme in Hamburger Krankenhäusern ermittelt werden als auch eine solide Datenbasis für die Evaluation weiterer Präventivmaßnahmen geschaffen werden.

§ 1 - Teilnahmeberechtigte Ärzte

(1) Die Genehmigung zur Abrechnung der in **- Anlage 1 -** beschriebenen Leistungen kann von allen im Bereich der KV Hamburg zugelassenen Vertragsärzten bei der KV Hamburg beantragt werden. Dem formlosen Antrag ist der entsprechende Fachkundenachweis in Form einer Schulung mit entsprechender Zertifizierung, die auch online erworben werden kann, beizufügen. Über den Antrag entscheidet die KV Hamburg.

(2) Die Laborziffern können nur von durch die KV Hamburg zugelassenen Vertragsärzten für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie abgerechnet werden.

(3) Die KV Hamburg führt ein Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte und übersendet dieses quartalsweise an die Vertragspartner.

§ 2 - Risikopatienten

Nach § 1 Abs. 1 qualifizierte Vertragsärzte führen die in Anlage 1 bezeichneten Leistungen bei Risikopatienten durch, bei denen eine elektive stationäre Krankenhausbehandlung indiziert ist. MRGN-Risikopatienten sind in **- Anlage 2 -** definiert.

§ 3 - Screening-Maßnahmen

(1) Bei den zu screenenden Patienten ist ein Abstrich im Nasen-/Rachenraum und ein Abstrich rektal zu nehmen und, wenn vorhanden, ein Abstrich von chronischen Wunden und/oder Kathetern.

(2) Das Screening muss in einem Zeitraum von 7 - 14 Tagen vor geplanter Krankenhausaufnahme erfolgen und durch den einweisenden Arzt oder in dessen Auftrag durchgeführt werden.

(3) Die Informationsweitergabe des Befundes an das Krankenhaus ist durch den screenenden Arzt sicherzustellen. Dies gilt sowohl für positive wie für negative Befunde.

(4) Die Übermittlung des positiven Befundes an das Krankenhaus erfolgt mittels des „Hamburger Begleitbogens“ gemäß **- Anlage 3b -**, negative Befunde werden anhand des Begleitbogens nach **- Anlage 3a -** übermittelt.

§ 4 - Vergütung

(1) Die Vergütung für die nach diesem Vertrag zu erbringenden vertragsärztlichen Leistungen für teilnehmende Versicherte gemäß Anlage 1 erfolgt seitens der Krankenkasse gegenüber der KV Hamburg außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

(2) Die Vergütung wird nur für vertragsgemäß erbrachte Leistungen gezahlt.

(3) Die vertragsärztlichen Leistungen für Versicherte werden nach Maßgabe der jeweils geltenden Abrechnungsregelungen der KV Hamburg vergütet, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird.

(4) Die Befundübermittlung an das Krankenhaus nach § 3 Abs. 4 dieser Vereinbarung erfolgt ohne gesonderte Vergütung.

§ 5 - Evaluation

Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass eine Evaluation der Screening-Maßnahmen erforderlich ist. Einzelheiten hierzu werden in einer Rahmenvereinbarung unter Einbeziehung der Krankenhäuser und der BGV geregelt. Sofern diese Rahmenvereinbarung nicht binnen eines Jahres nach Inkrafttreten der vorliegenden Vereinbarung zustande gekommen ist, tritt die vorliegende Vereinbarung automatisch außer Kraft, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

§ 6 - Datenschutz

Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich, bei Erhebung, Verarbeitung, Nutzung, Speicherung und Weitergabe personenbezogener Daten die datenschutzrechtlichen Vorschriften - insbesondere den Sozialdatenschutz nach dem SGB V und die ärztliche Schweigepflicht einzuhalten sowie ihre Mitarbeiter auf die Einhaltung des Datengeheimnisses zu verpflichten.

§ 7 - Abrechnung

(1) Die erbrachten Leistungen sind von den teilnehmenden Ärzten im Rahmen der regulären Abrechnung über die KV Hamburg abzurechnen. Die KV Hamburg ist berechtigt, die Verwaltungskostenbeiträge nach ihrer Satzung in der jeweils gülti-

gen Fassung gegenüber den teilnehmenden Ärzten bei der Honorarabrechnung in Ansatz zu bringen.

(2) Hinsichtlich der Abrechnung durch die KV Hamburg, der Zahlungstermine, der rechnerisch/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages. Die KV Hamburg rechnet die Vergütungspauschalen mit der Quartalsabrechnung gegenüber der Krankenkasse ab.

(3) Der Datenaustausch zum Abrechnungsverfahren erfolgt auf der Grundlage des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern. Die Abrechnung der in diesem Vertrag vereinbarten Vergütungen erfolgt gemäß § 295 SGB V über die KV Hamburg. Die Ausweisung erfolgt im Formblatt 3 im Konto 400, Kapitel 87 auf der Ebene 6. Sofern eine anderweitige Ausweisung durch Änderung der Formblatt-3-Inhaltsbeschreibungen notwendig wird, verständigen sich die Vertragspartner über die dann neue Ausweisung in Form eines Schriftwechsels.

§ 8 - Laufzeit und ordentliche Kündigung

Der Vertrag tritt am 1. Juli 2014 in Kraft. Er kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Kalenderhalbjahr gekündigt werden, mit der Folge, dass er für alle Vertragspartner seine Gültigkeit verliert.

Sollten Screening-Leistungen auf MRGN in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen werden, besteht für die Vertragspartner ein Sonderkündigungsrecht für den vorliegenden Vertrag. Die Kündigung ist zum Termin des Inkrafttretens der Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs möglich.

§ 9 - Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar oder nichtig sein bzw. nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar oder nichtig werden, so wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrags im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren oder nichtigen Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen beziehungsweise nichtigen oder undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist.

Hamburg, den 24.06.2014

Anlage 1 zur Vereinbarung zur Durchführung des Screenings multiresistenter gramnegativer Erreger (MRGN) im Vorwege von Krankenhausbehandlungen

Leistung	GOP	Summe
Anamnese mit Statuserhebung auf Dokumentationsbogen: Risiken und Screening-Plan - nur zusammen mit Ziffer 96771 a/b abrechenbar -	96770	3,55 EUR
Nasen-/Rachen-, Wund-, Katheterabstrich bei jedem Risikopatienten - nur 1x pro Behandlungsfall abrechenbar -	96771 A	2,00 EUR
Rektalabstrich bei jedem Risikopatienten - nur 1x pro Behandlungsfall abrechenbar -	96771 B	3,00 EUR
Beratung und Betreuung Risikopatient bei **positivem** MRGN Ergebnis, ggf. unter Einbeziehung der Kontaktpersonen; je vollendete 10 min - maximal 4x pro Behandlungsfall abrechenbar - - Voraussetzung für die Abrechnung ist die endstellige Kodierung einer gesicherten Diagnose gemäß Kap. U80.! bzw. Kap. U81.-! ICD-10	96772	8,65 EUR
Telefonischer Kontakt bei 3 MRGN-Befund zwischen dem Vertragsarzt und dem benannten Krankenhausansprechpartner gemäß der von der HKG bereitgestellten Liste der Ansprechpartner zur Durchführung des Vertrages. Abklärung der Grunderkrankung und der daraus resultierenden elektiven Krankenhauseinweisung unter besonderer Berücksichtigung des zusätzlichen 3 MRGN-Befundes. Terminvereinbarung und ggf. Abklärung besonderer Bedingungen für den Krankenhausaufenthalt. Berücksichtigung und Weitergabe dieser speziellen Informationen im Beratungs- und Betreuungsgespräch nach Ziffer 96772 an den Patienten. - nur 1x pro Behandlungsfall abrechenbar - *Die Ziffer 96773 ist nicht zusätzlich zur Ziffer 96774 abrechenbar.*	96773	15,40 EUR
Telefonischer Kontakt bei 4 MRGN-Befund zwischen dem Vertragsarzt und dem benannten Krankenhausansprechpartner gemäß der von der HKG bereitgestellten Liste der Ansprechpartner zur Durchführung des Vertrages. Abklärung der Grunderkrankung und der daraus resultierenden elektiven Krankenhauseinweisung unter besonderer Berücksichtigung des zusätzlichen 4 MRGN-Befundes. Terminvereinbarung und ggf. Abklärung besonderer Bedingungen für den Krankenhausaufenthalt. Berücksichtigung und Weitergabe dieser speziellen Informationen im Beratungs- und Be-	96774	15,40 EUR

treuungsgespräch nach Ziffer 96772 an den Patienten. - nur 1x pro Behandlungsfall abrechenbar - *Die Ziffer 96774 ist nicht zusätzlich zur Ziffer 96773 abrechenbar.*		
MRGN-Screening (Enterobakterien **und** Nonfermenter) auf mind. zwei Selektivnährböden als Basisdiagnostik	96780	10,40 EUR

Differenzierung gezüchteter Bakterien mittels mono- oder polyvalenter Seren, je Antiserum
 	
Der Höchstwert für die Untersuchung nach der Ziffer 96781 beträgt 39,00 EUR.
 	
Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien, gilt für die Ziffern 96782 bis 96784
 	
Obligater Leistungsinhalt:
- Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien mittels
  ∘ biochemischer und/oder kultureller Verfahren oder
  ∘ Nukleinsäuresonden
 	
Fakultativer Leistungsinhalt:
- Subkultur(en), je Bakterienart und/oder -typ
	96781	3,90 EUR

Verfahren mit bis zu drei Reaktionen	96782	3,60 EUR
Verfahren mit mindestens vier Reaktionen	96783	5,30 EUR
Verfahren mit mindestens zehn Reaktionen	96784	8,80 EUR

Empfindlichkeitsprüfung von ätiologisch relevanten Bakterien aus dem **Urin** oder anderen Materialien gegen **drei bis sieben Chemotherapeutika,**
 	
Obligater Leistungsinhalt:
- Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten, ätiologisch relevanten Bakterien aus dem Urin oder anderen Materialien gegen drei bis sieben Chemotherapeutika
  ∘ im standardisierten Agar-Diffusionstest und/oder
  ∘ mittels Breakpoint-Methode
 	
Fakultativer Leistungsinhalt:
- Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) mittels Gradienten-Diffusion, je Bakterienart, höchstens zwei Bakterienarten je Untersuchungsprobe
 	
Die Ziffer 96785 ist bei demselben Material nicht neben der Ziffer 96786 berechnungsfähig.
	96785	5,40 EUR

Empfindlichkeitsprüfung von ätiologisch relevanten Bakterien außer aus **Urin** oder anderen Materialien gegen **mindestens acht**	96786	8,90 EUR

Chemotherapeutika,
 	
Obligater Leistungsinhalt:
- Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten, ätiologisch relevanten Bakterien außer aus Urin gegen mindestens acht Chemotherapeutika
  - im standardisierten Agar-Diffusionstest und/oder
  - mittels Breakpoint-Methode
 	
Fakultativer Leistungsinhalt:
- Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) mittels Gradienten-Diffusion, je Bakterienart, höchstens zwei Bakterienarten je Untersuchungsprobe
 	
Die Ziffer 96786 ist bei demselben Material nicht neben der Ziffer 96785 berechnungsfähig.		

Die vorgenannten Leistungen (mit Ausnahme der Ziffern 96780 - 96786) dürfen im selben Behandlungsfall nicht neben den GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952 abgerechnet werden.

Anlage 2 zur Vereinbarung über die Durchführung des Screenings multiresistenter gramnegativer Erreger (MRGN) im Vorwege von Krankenhausbehandlungen

Unter Berücksichtigung und Konkretisierung der aktuellen KRINKO-Empfehlung verständigen sich die Vertragspartner vorläufig auf folgende Risikogruppe:

Patienten mit

- MRGN-Anamnese
- Kontakt zu 4MRGN-positivem Patienten
- Kontakt zu 3MRGN-positivem Patienten
- Mehrfachantibiotika-Therapie (mehr als 3x pro Jahr)
- chronischen Wunden
- Auslandsaufenthalt
    - in den letzten drei Monaten mit stationärem Aufenthalt in 4-MRGN Risikogebieten (z. B. Südeuropa, Naher Osten, Indien, Pakistan)
    - in den letzten 6 Monaten von mehr als 6 Wochen ununterbrochen im Mittelmeerraum, Südeuropa, Nordafrika, Arabische Halbinsel

Bei Vorliegen von neuen bzw. abweichenden medizinischen Erkenntnissen ist die Definition ggf. anzupassen.

Anlage 3a zur Vereinbarung zur Durchführung des Screenings multiresistenter gramnegativer Erreger (MRGN)

Dokumentationsbogen
MRGN-Screening Hamburg:
Negativer Befund bei Risikopatienten

Patientendaten:	Einrichtung/Stempel
Name: Vorname: Geburtsdatum: Adresse:	

Das Screening erfolgte aufgrund positiver Anamnese folgender MRGN- Risikofaktoren:

- ☐ MRGN Anamnese
- ☐ Kontakt zu MRGN Patienten
- ☐ Mehrfachantibiotikatherapie mehr als 3 x/ Jahr
- ☐ chronische Wunden
- ☐ Patienten mit Kontakt zum Gesundheitssystem in den letzten drei Monaten in Ländern mit endemischem Auftreten von 4-MRGN (z. B. Südeuropa, Naher Osten, Indien, Pakistan)
- ☐ Patienten mit Aufenthalt > 6 Wochen ohne Unterbrechung in den letzten 6 Monaten im Mittelmeerraum, Südeuropa, Nordafrika, Arabische Halbinsel

Lokalisation:
Wo wurde das MRGN-Screening durchgeführt :

Nase/Rachen-Abstrich	☐	Nachweis **negativ** am _____
Anal-Abstrich	☐	Nachweis **negativ** am_____
Wund-Abstrich	☐	Nachweis **negativ** am _____

Anmerkungen:_____

Datum: _____Unterschrift_____

MRE-Netzwerk Hamburg

- Gemeinsam gegen multiresistente Erreger -

Begleitbogen MultiResistenteErreger Hamburg

Patientendaten:	Einrichtung/Stempel
Name: Vorname: Geburtsdatum: Adresse:	Telefon für Rückfragen:
MRE in der Vorgeschichte ☐ Nein ☐ Ja	Erreger:

Aktueller Nachweis eines Krankheitserregers mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen
gemäß § 23 Absatz 8 Nummer 10 Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Verbindung mit § 14 Absatz 1 HmbMedHygVO

☐	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA)		
☐	Vancomycin-resistenter Enterococcus (VRE)		
☐	Enterobacteriaceae(z.B. E.coli, Klebsiellen etc.)	☐ 3MRGN	☐ 4MRGN
☐	Acinetobacter baumannii	☐ 3MRGN	☐ 4MRGN
☐	Pseudomonas aeruginosa	☐ 3MRGN	☐ 4MRGN

Sonstige:

Trägerstatus:

Lokalisation	Kol.	Inf.	Unbekannt	Datum letzter Nachweis
☐ Nase/Rachen	☐	☐	☐	_____
☐ Wunde	☐	☐	☐	_____
☐ Stuhl/Anal	☐	☐	☐	_____
☐ Blutkultur	☐	☐	☐	_____
☐ Sputum/Tracheal	☐	☐	☐	_____
☐ Urin	☐	☐	☐	_____
☐ Haut	☐	☐	☐	_____
☐ Devices*	☐	☐	☐	

*z.B. Katheter, Sonden, PEG, Tracheostoma, Stoma

MRSA -Sanierungsstatus:

Sanierung	☐ Nicht indiziert	☐ Indiziert aber nicht begonnen	☐ Begonnen am:	☐ Abgeschlossen
Kontrolle Durchgeführt	☐ Ja	☐ Nein	☐ noch Positiv	☐ Negativ

Anmerkungen: _____

Bitte nicht vergessen:
Krankentransport wurde informiert am: _____

Datum: Unterschrift:

Anlage 10

zum

Gesamtvertrag zwischen

der KV Hamburg

und

dem vdek

vom 08.09.2023

Vormals:	Anlage SK-Katarakt zum Gesamtvertrag
Kurzbezeichnung:	Vereinbarung über die Abgeltung von Sachkosten bei der Durchführung von ambulanten Kataraktoperationen

Anlage SK-Katarakt

Vereinbarung über die Abgeltung von Sachkosten bei der Durchführung von ambulanten Kataraktoperationen zum 01.07.2022

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

und

der **AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse,**

dem **BKK-Landesverband NORDWEST,**

der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),**

der **IKK classic,**

der **KNAPPSCHAFT,**

den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Hamburg**

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

gemeinsam Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

Diese gemeinsame und einheitlich geschlossene Vereinbarung über die Abgeltung von Sachkosten bei der Durchführung von ambulanten Kataraktoperationen wird als

Anlage SK-Katarakt

48. Nachtrag zum Gesamtvertrag der **AOK Rheinland/Hamburg**,

49. Nachtrag zum Gesamtvertrag des **BKK-Landesverbandes NORDWEST**,

42. Nachtrag zum Gesamtvertrag der **IKK classic**,

13. Nachtrag zum Gesamtvertrag der **KNAPPSCHAFT**,

55. Nachtrag zum Gesamtvertrag der **Ersatzkassen in Hamburg**,

Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Präambel

Ziel dieser Vereinbarung ist die wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit qualitativ hochwertigen Sachmitteln und Implantaten bei ambulanten Kataraktoperationen nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemeinen ärztlichen Standes der medizinischen Erkenntnisse, der medizinischen Notwendigkeit und des Wirtschaftlichkeitsgebots.

§ 1 Gegenstand der Vereinbarung

Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Abgeltung von Sachkosten bei ambulanten Kataraktoperationen in Hamburg nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 31350, 31351, 31332 und 31333 des EBM. Diese Regelung ersetzt in ihrem Umfang, für die Dauer ihrer Gültigkeit und bis zu einer Regelung im EBM die bisherigen in den für die beteiligten Krankenkassen gültigen Gesamtverträgen getroffenen Regelungen über die Abrechnung von Sachkosten. Im Übrigen gilt der Vertrag gemäß § 106d Abs. 5 SGB V über Inhalt und Durchführung der Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung.

§ 2 Geltungsbereich

Diese Vereinbarung gilt für alle Ärzte, die zur Abrechnung der GOP 31350, 31351, 31332 und 31333 EBM gegenüber der KV Hamburg berechtigt sind und über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Eingriffen nach § 115 b SGB V gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren verfügen.

§ 3 Standard-Intraokularlinsen (Standard-IOL)

1. Als Standard-IOL im Rahmen dieser Vereinbarung gelten monofokale sphärische Hinter- und Vorderkammerlinsen aus:

   - Silikon (faltbare IOL)
   - Hydrophilem Acrylat (faltbare IOL)
   - Hydrophobem Acrylat (faltbare IOL)
   - in Einzelfällen Polymethylmethacrylat (PMMA) (starre IOL)

2. *Die eingesetzten Standard-IOL erfüllen folgende Qualitätskriterien:*

   - *grundsätzlich faltbar zur Gewährleistung eines kleinen Operationsschnitts, einer schnellen optischen Rehabilitation und einer geringen Komplikationsrate.*
   - *scharfe Kante, um die Häufigkeit des Nachstars zu reduzieren.*
   - *wirksamer UV-Filter (optional mit zusätzlichem Blaulichtfilter).*
   - *Bio-kompatibilität, um mögliche Zellbeschläge abzuweisen.*
   - *CE-Kennzeichnung.*
   - *IOL – bzw. Chargen Nummer zur exakten Nachverfolgung*

§ 4
Sachkostenpauschale

Bei ambulanten Kataraktoperationen, die die Implantation einer Standard-IOL nach § 3 oder einer IOL mit Zusatznutzen nach § 5 Nr. 4 beinhalten, kann die Sachkostenpauschale einmal neben der GOP 31350, 31351, 31332 oder 31333 des EBM abgerechnet werden.

1. Die Sachkostenpauschale beinhaltet die Standard-IOL nach § 3 und sämtliche anfallende Kosten einschließlich Arzneimittel, (arzneimittelähnliche) Medizinprodukte (insbesondere Viskoelastikum, Infektionsprophylaxe, intraokulare Lokalanästhetika, intraokulare Mydriatika und Miotika, Ophthalmologische Spüllösungen (BSS), die Phako-Kassette (=Pump-/Drucksensor-System), oder Färbemittel wie Vision blue) sowie ggf. benötigte refraktive Spezialimplantate wie Kapselspannringe, Kapselknickringe oder temporäre Implantate wie Irisdilatoren, Irishäkchen, Malyuginring und Einmalvitrektoren.

2. Einmalprodukte, die i. S. d. Bestimmungen des EBM-Abschnitt I, Nr. 7.1 in den abrechnungsfähigen GOP enthalten sind sowie Abdeckmaterialien für Patienten und Ausrüstung sowie OP-Handschuhe, -Masken, -Hauben und -Mäntel werden durch die Krankenkassen nicht gesondert vergütet.

3. Eine Verordnung von Sprechstundenbedarf gemäß der Sprechstundenbedarfsvereinbarung im Zusammenhang mit einer ambulanten Kataraktoperation und im Rahmen dieser Vereinbarung ist ausgeschlossen. Es gelten folgende Ausnahmen: Antibiotische, lokalanästhetische und mydriatische Augentropfen sowie systemische Steroide und Carboanhydrasehemmer können über SSB bezogen werden, da bei diesen nicht zwischen dem Einsatz zur Diagnostik und in der Sprechstunde und dem Einsatz im OP differenziert werden kann.

4. Die Sachkostenpauschale beträgt € 255 und wird mit der jeweiligen Symbolnummer gegenüber der KV Hamburg abgerechnet.

   - Einsatz Standard IOL gem. § 3 Pseudo GOP 92024

5. Bei der Sachkostenpauschale handelt es sich nicht um eine ärztliche Vergütung.

6. Mit der Sachkostenpauschale sind die Kosten der Ärzte für Beschaffung, Lagerung, Kühlung und Finanzierung ebenso abgegolten wie die Risiken von Verderbnis und Verfall, Bruch und Unsterilität der eingesetzten Sachmittel.

7. Die Pauschale ist umfassend und disjunkt. Etwaige Unterdeckungen oder Überdeckungen im Einzelfall gehen zu Lasten oder zugunsten des Vertragsarztes.

8. Die Finanzierung der Sachkostenpauschale erfolgt durch die Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

9. Die krankenkassenseitige Rechnungslegung erfolgt über Formblatt 3, Kontenart 401, Ebene 6.

10. Die Sachkostenpauschale berücksichtigt den aktuellen Mehrwertsteuersatz. Bei einer Änderung des MwSt.-Satzes verständigen sich die Vertragspartner über eine entsprechende Anpassung.

11. Die KV Hamburg ist berechtigt, den jeweils gültigen satzungsgemäßen Verwaltungskostensatz im Rahmen der Abrechnung abzuziehen.

§ 5 Sonderlinsen / IOL mit Zusatznutzen

1. Bei Eingriffen mit Implantation einer Sonderlinse **mit** medizinischer Indikation entsprechend der OPS-Kodes gemäß Anlage 1 dieser Vereinbarung, besteht alternativ die Möglichkeit der Sachkostenerstattung per Einzelnachweis. Voraussetzung ist die vorherige Genehmigung der Versorgung durch die Krankenkasse. Die fallbezogene Kostenübernahmeerklärung der Krankenkassen ist zusammen mit den Abrechnungsunterlagen bei der KV einzureichen.

2. Zuzahlungen des Versicherten für den operativen Eingriff bei Implantation einer Standard-IOL nach § 3 Absatz 1 sind ausgeschlossen (Zuzahlungen zu präoperativer Diagnostik sind dagegen möglich).

3. Die Parteien sind sich darüber einig, dass die Versorgung mit IOL, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehen, nicht Gegenstand dieser Vereinbarung sind.

4. Wählen Versicherte jedoch eine abweichende Versorgung mit einer Linse, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht **(IOL mit Zusatznutzen)**, werden ihnen etwaige Mehrkosten privat unter Beachtung der Regelung des BMV-Ä und des § 87 i. V. m. § 33 Abs. 1 S. 9 SGBV in Rechnung gestellt. Die Sachkosten/-pauschale nach dieser Vereinbarung und die EBM Leistungen, die im Zusammenhang mit einer Standard-IOL Implantation angefallen wären, werden gegenüber der KV Hamburg abgerechnet. Der im Rahmen und Umfang einer Standard-Kataraktoperation zulässige Sprechstundenbedarf gemäß § 4 Nr. 3 ist auch bei der Implantation einer Sonderlinse Bestandteil der Versorgung durch die Gesetzliche Krankenversicherung.

5. Zusätzliche Sachkosten im Rahmen von Simultaneingriffen, die in der Anlage dieser Vereinbarung nicht abgebildet sind (z. B. Kosten von Einmalvitrektomen oder Glaukomimplantaten), bleiben von dieser Vereinbarung unberücksichtigt und können somit über die KV Hamburg der Kasse in Rechnung gestellt werden.

§ 7 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein, wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung einer Regelungslücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die dem am nächsten kommen soll, was die Vertragsschließenden gewollt haben.

§ 8
In-Kraft-Treten und Kündigung

1. Diese Vereinbarung tritt am 01.07.2022 in Kraft.

2. Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende durch schriftliche Erklärung gekündigt werden; frühestens zum 30.06.2025.

3. Die Vertragspartner werden während der Laufzeit dieser Vereinbarung zu Gesprächen über die vorliegende Sachkostenvereinbarung zusammenkommen, wenn sich die rechtlichen Rahmenbedingungen – insbesondere die gesetzlichen Grundlagen oder der EBM – hinsichtlich der hier aufgeführten Inhalte ändern.

Anlage 1 OPS Kataraktoperationen

Abrechnung Sachkosten alternativ über Einzelfallnachweis nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse möglich. Bei Eingriffen gemäß folgender OPS-Prozedurenschlüssel kann alternativ zur Sachkostenpauschale eine Abrechnung mit Einzelkostennachweisen gemäß § 5 Abs. 1 erfolgen.

OPS	Prozedur	Kategorie	GOP
5-144.35	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE): Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) über sklero-kornealen Zugang: mit Einführung einer kammerwinkelgestützten Vorderkammerlinse	X2	31351/36351
5-144-36	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE): Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) über sklero-kornealen Zugang: mit Einführung einer irisfixierten Vorderkammerlinse	X2	31351/36351
5-144-57	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE): Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) über kornealen Zugang: mit Einführung einer sonstigen Vorderkammerlinse	X2	31351/36351
5-144.3j	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE): Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) über sklero-kornealen Zugang: mit Einführung einer irisfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	X2	31351/36351
5-144.37	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE): Linsenkernexpression und/oder –Aspiration über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kammerwinkelgestützten Vorderkammerlinse	X2	31351/36351
5.144-45	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE): Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) über sklero-kornealen Zugang: mit Einführung einer kammerwinkelgestützten Vorderkammerlinse	V2	31351/36352
5.144.5j	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE): Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) über kornealen Zugang: mit Einführung einer irisfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	X2	31351/36351
5.144.56	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE): Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) über kornealen Zugang: Mit Einführung einer irisfixierten Vorderkammerlinse	X2	31351/36351
5.146.06	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Sekundäre Einführung bei aphakem Auge: Mit Einführung einer irisfixierten Vorderkammerlinse	V2	31351/36352

Gemäß Anhang 2 zum EBM/2.1 Präambel Nr. 17 sind intraokulare Eingriffe deren Kategorie mit einem „A“ gekennzeichnet sind, darüber hinaus nur dann berechnungsfähig, wenn eine medizinische Begründung zur Implantation einer Sonderform der Intraokularlinse und eine Genehmigung der zuständigen Krankenkasse

vorliegt. Die alternative Abrechnungsmöglichkeit der Sachkostenüber Einzelkostennachweis gilt daher auch für diese Eingriffe.

Anlage 11

zum

Gesamtvertrag zwischen

der KV Hamburg

und

dem vdek

vom 08.09.2023

Vormals:	Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes
	Anlage B-MGV
	(bei KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme)
Kurzbezeichnung:	B-MGV

Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg)**

und

den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Hamburg**

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

vom 20. Dezember 2010

in der Fassung des

51. Nachtrages zum Gesamtvertrag der Ersatzkassen in Hamburg
vom 27.09.2017
gemäß §§ 63, 73b, 140a SGB V
im Falle KV-bereichsübergreifender
Inanspruchnahme

Dieser Bereinigungsvertrag wird als Anlage B-MGV Bestandteil des bestehenden Gesamtvertrages.

Präambel

Die Vertragspartner schließen mit Wirkung für die von den rubrizierenden Vertragspartnern vertretenen Krankenkassen ab dem 01.01.2018 die nachfolgende Vereinbarung zur Umsetzung der Beschlüsse des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes gemäß §§ 63, 73b, 140a SGB V bei KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme.

§ 1
Grundlagen

(1) Bereinigungen nach dieser Vereinbarung erfolgen auf der Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31.08.2017

- Bereinigungsbeschluss ab dem Jahr 2018 -

(im Folgenden 400. BA) mit Wirkung ab dem I. Quartal 2018. Dies umfasst auch Beschlüsse, auf die im vorgenannten Beschluss konkret Bezug genommen wird.

(2) Die vorgenannten Beschlüsse sind verbindlich anzuwenden, sofern nicht im Folgenden durch die Beschlüsse zugelassene Konkretisierungen vereinbart werden.

(3) Sofern der Bewertungsausschuss und/oder der Erweiterte Bewertungsausschuss für den vorgenannten Zeitraum neue Beschlüsse fassen, sind diese zu berücksichtigen. Die Vertragspartner werden bei Bedarf umgehend Verhandlungen zur Umsetzung aufnehmen. Im Übrigen gilt § 7.

§ 2
Bereinigungszeitraum / Inkrafttreten

(1) Eine Bereinigung des Behandlungsbedarfes (MGV-Bereinigung) für Quartale, die vor dem I. Quartal 2011 liegen, findet nicht statt.

(2) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2018 in Kraft.

§ 3

Besonderheiten für vorläufige Bereinigungen

Die Vertragspartner sind sich einig, das etablierte Verfahren für die vorläufige Bereinigung bei Bedarf auch ab 2018 anzuwenden. Das Verfahren ist in der Protokollnotiz zu dieser Vereinbarung geregelt

§ 4

Inanspruchnahme des Kollektivsystems

(1) Erfolgt gemäß des 400. BA Nr. 4./4.1 Ziffer 3 und Ziffer 7 durch in Selektivverträge eingeschriebene Versicherte eine Inanspruchnahme von selektivvertraglich vereinbarten Leistungen gemäß Satzart L08 (Versorgungsauftrag gemäß EBM des Bereinigungsquartals), die von der Gruppe der in § 5 Abs. 3 und Abs. 6 genannten Ärzte erbracht wurden und für die eine Bereinigung erfolgt ist, im Kollektivvertrag, vergütet die Krankenkasse die erbrachten Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der MGV.

(2) Für die Vergütungen der im Rahmen einer nicht vertragsgemäßen Inanspruchnahme erbrachten Leistungen werden Abschlagszahlungen gemäß des 400. BA 4./4.1./Nr. 3 vereinbart (NVI-Abschläge). Die monatlichen Abschläge betragen 30 % des Betrages, der von der Krankenkasse für das jeweilige Vorjahresquartal an die KV Hamburg gezahlt wurde. Hierbei ergibt sich der anzuwendende Prozentsatz aus dem zutreffenden Gesamtvertrag mit der KV Hamburg. Dabei werden die von der KV Hamburg geltend gemachten Beträge nachrichtlich im Formblatt 3 ausgewiesen. Die Abschläge werden zu den Zeitpunkten an die KV Hamburg gezahlt, an denen auch die Abschlagszahlungen für die Vergütung der ärztlichen Leistungen erfolgen. Falls die Summe der monatlichen NVI-Abschläge den von der Krankenkasse im aktuellen Abrechnungsquartal anerkannten NVI-Betrag übersteigt (Überzahlung), kann der Überzahlungsbetrag mit den nächsten NVI-Abschlagszahlungen verrechnet werden.

(3) § 5 Abs. 4 gilt entsprechend.

(4) Voraussetzung für die Vergütung nach Abs. 1 ist die fristgerechte Lieferung der Daten gemäß des 400. BA Nr. 4./4.1 Ziffer 3 in Verbindung mit Nr. 8. Beruht eine Verfristung auf Umständen, die außerhalb der Sphäre der Krankenkassen bzw. der KV Hamburg liegen (z. B. fehlerhafte EFN-Daten anderer KV-Bereiche oder verspätete Lieferungen von für die Bereinigung erforderlichen Daten im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs), ist eine Berufung auf eine verfristete Lieferung der Daten ausgeschlossen. In diesen Fällen sind die Krankenkassen bzw. die KV Hamburg gehalten, den jeweiligen Vertragspartner unverzüglich über die Umstände in Kenntnis zu setzen. Die vorgenannte Datenlieferung hat in diesen Fällen nach Entfallen der Umstände zu erfolgen.

§ 5
Inhalt und Umfang der Bereinigung

(1) Die Bereinigung des Behandlungsbedarfes findet für Versicherte statt, die nach dem Wohnortprinzip dem Bezirk der KV Hamburg zugeordnet sind (Wohnort-KV).

(2) Wenn Versicherte einer Krankenkasse nach dem Wohnortprinzip dem Bezirk der KV Hamburg zugeordnet sind (Wohnort-KV) und am Selektivvertrag im Bezirk einer anderen KV (Vertrags-KV) teilnehmen, wird die Bereinigung in der Wohnort-KV vorgenommen (KV-übergreifende Bereinigung). Hierzu ist der 400. BA 4.5 verbindlich anzuwenden. In Konkretisierung des 400. BA 4./4.1 Nr. 4 und 5./5.4.1 c) wird für Versicherte mit Wohnsitz ausserhalb der Bundesrepublik Deutschland (Wohnortausländer) als separates Ersatzverfahren vereinbart, dass die Bereinigung nach denselben Regelungen des vorgenannten Beschlusses gemäß 5.4.1 a) sowie ggf. b) erfolgt, die für Versicherte, die keine Wohnortausländer sind, Anwendung finden. Eine Bereinigung nach diesem Verfahren findet nur für solche Wohnortausländer statt, die bei der Bildung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der KV Hamburg hinsichtlich ihres Behandlungsbedarfs und der Anzahl der Versicherten berücksichtigt wurden.

(3) Zur sachgerechten Berücksichtigung der von Hausärzten veranlassten Laborleistungen werden zusätzlich auch die in den jeweiligen Ziffernkränzen genannten Laborleistungen des Kapitels 32 EBM - mit Ausnahme der GOP 32001 – aus dem jeweiligen Vorjahresquartal bereinigt, die von Ärzten gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V, die im Vorjahresquartal in ihrer LANR im EFN-Datensatz an der 8. und 9. Stelle die Ausprägung gemäß Abs. 6 aufweisen, veranlasst wurden, aber von bereichseigenen oder bereichsfremden Ärzten erbracht wurden, die in ihrer LANR im EFN-Datensatz an der 8. und 9. Stelle die Ausprägung „48“, „49“, „55“ oder „00“ aufweisen.

(4) Es werden nur Leistungen bereinigt, die auf den Scheinarten O, M, K, V und Z abgerechnet werden. Leistungen auf der Scheinart N werden nicht bereinigt.

(5) Die Quartalsabgrenzung des bereinigungsrelevanten Leistungsbedarfs des jeweiligen Vorjahresquartals erfolgt anhand der Abrechnungsquartale und nicht anhand des Behandlungsdatums.

(6) Zur Ermittlung des Leistungsbedarfs je Versicherten bei Hausarztverträgen nach § 73b SGB V werden ausschließlich Leistungen herangezogen, die von den Ärzten gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V erbracht werden, die in den EFN-Datensätzen in ihrer LANR an der 8. und 9. Stelle die Ausprägung „01“, „02“ oder „03“ aufweisen.

(7) Der für die Krankenkassen ermittelte quartalsbezogene Differenzbereinigungsbetrag wird von der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Abrechnung des jeweiligen Quartals in der Berechnung der MGV als Differenzbereinigungsvolumen in Punkten (positiv wie negativ) vom für die Krankenkasse vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf des Bereinigungsquartals in Abzug gebracht. Der Ausweis erfolgt im Rechnungsbrief und im Formblatt 3, für HzV-Verträge unter Kontenart 9959, Vorgang 995.

(8) Wenden Krankenkassen das Verfahren gemäß Abs. 5 der Nr. 4.5 des 400. BA (Bereinigungsverfahren der Vertrags-KV) an und sind hierdurch bedingt abweichende Regelungen zum Beispiel hinsichtlich

1. des Inhalts der Datenlieferungen nach Nr. 9 des 400. BA und/oder
2. des Inhalts und des Umfangs der Regelungen zur Nichtvertragskonformen Inanspruchnahme (NVI) nach Nr. 4.1 Ziffer 3 des 400. BA in Verbindung mit Nr. 8 des 400. BA erforderlich, werden bilaterale Abstimmungen als Anlage Bestandteil dieses Bereinigungsvertrages.

Die jeweilige Anlage enthält in der Überschrift

1. die Bezeichnung der betreffenden Krankenkasse,
2. die Bezeichnung des Selektivvertrages (Vertragsbezeichnung gemäß Satzart L01 Feld 8),
3. die Vertragskennung gemäß Satzart L01 Feld 2 sowie
4. die KV gemäß Satz L01 Feld 9.

Für die Wirksamkeit der bilateralen Abstimmungen ist eine Einigung zwischen den betreffenden Krankenkassen und der KV Hamburg ausreichend.

(9) Zur Durchführung der in Nr. 6 des 400. BA beschriebenen Bereinigungsverfahren finden die Regelungen in Abs. 8 entsprechend Anwendung.

(10) Die Vertragspartner stellen klar, dass von der optionalen Möglichkeit des 400. BA in Nr. 5.4.1 - eine einvernehmliche arztgruppenspezifische Abstaffelungsquote zu vereinbaren - kein Gebrauch gemacht wird. Demzufolge ist bei der Berechnung des Bereinigungsbetrages die KV-spezifische Abstaffelungsquote anzuwenden.

(11) Sofern die KV Hamburg über bundesweit einheitliche Suffixe hinaus regionale Suffixe vergibt, hat sie den Bereinigungsziffernkranz Satzart L03 und L08 (NVI-Abrechnungsziffernkranz) entsprechend zu ergänzen.

§ 6
Datenlieferung

(1) Hinsichtlich der Datenlieferungen für Bereinigungen ab dem I. Quartal 2018 findet der 400. BA und die darin konkret in Bezug genommenen Beschlüsse Anwendung. Mit umfasst ist hiervon insbesondere die Anlage „Datenschnittstellen" zum 400. BA. § 5 Abs. 8 und 9 gelten.

(2) Die Frist zur Übermittlung der Quartalsdaten beträgt gemäß 400. BA Nr. 4.2 Ziffer 5 Satz 1 drei Wochen. Erfolgt keine fristgerechte Lieferung der Daten an die KV Hamburg entsprechend der Beschlüsse, findet eine Bereinigung für das betreffende Quartal nicht statt. § 4 Abs. 4 gilt entsprechend.

(3) Eine Bereinigung erfolgt nur für Versicherte, die in den fristgerecht gelieferten Daten an die KV Hamburg enthalten sind.

(4) Es findet keine Bereinigung für Leistungen statt, die auf Basis des zugrunde liegenden HzV-Versorgungsauftrages (HzV-Ziffernkranz) nicht in der Satzart L03 (Versorgungsauftrag gemäß EBM des Vorjahresquartals) aufgeführt sind.

(5) Um Unstimmigkeiten zu vermeiden, stimmen sich die Krankenkassen und die KV Hamburg vor der quartalsweisen Lieferung der Daten individuell über die Höhe des pauschalen Rückbereinigungsbetrags gemäß Nr. 5.4.2 des 400. BA ab.

§ 7
Fortentwicklung des Vertrages

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die Regelungen zur Bereinigung nach dieser Vereinbarung gegebenenfalls weiter entwickelt werden müssen. Soweit bei der Durchführung von Bereinigungen weiterer Regelungsbedarf erkennbar wird, werden sich die Vertragspartner unverzüglich in Verbindung setzen.

§ 8
Kündigung

Für die Kündigung findet die entsprechende Regelung des Gesamtvertrages Anwendung.

Protokollnotiz

Die Partner dieses Bereinigungsvertrages stimmen darin überein, dass die vorläufige Bereinigung und Spitzabrechnung für Bereinigungsquartale ab dem 2. Quartal 2015 auch in 2018 und den folgenden Jahren wie folgt durchgeführt wird:

1. Eine vorläufige Bereinigung ist dann durchzuführen, wenn die für die Ermittlung vollständiger Bereinigungsdatensätze (L01-L10 exkl. L05) erforderlichen Festlegungen (damit sind im Folgenden sämtliche für die Erstellung vollständiger Datensätze L01-10 excl. L05 erforderlichen Informationen gemeint), zu denen insbesondere die Abstaffelungsquote gemäß BA-Beschluss und die MGV-Steigerungsrate gehören, nicht rechtzeitig vorliegen.
2. In diesen Fällen sendet die Krankenkasse die Datensätze L01-L10 excl. L05 ohne Berücksichtigung der Festlegungen an die KV Hamburg. Der Wert der Abstaffelungsquote wird in diesen Fällen mit „1,0“, der des Anpassungsfaktors aufgrund der MGV-Steigerungsrate ebenfalls mit „1,0“ bewertet. In Fällen anderer fehlender Festlegungen verständigen sich die Krankenkasse und die KV Hamburg über den anzusetzenden Anpassungsfaktor.
3. Die finanzwirksame vorläufige Bereinigung erfolgt auf der Grundlage der nach Nr. 2 übermittelten Datensätze.
4. Die Spitzabrechnung erfolgt, wenn die Festlegungen vollständig vorliegen. In diesem Fall wird die KV Hamburg die Datensätze für die vorläufige Bereinigung nach Nr. 2 verwenden und selbständig die fehlenden Festlegungen zur Berechnung des Bereinigungsbetrages anwenden. Die im Rahmen der Spitzabrechnung ermittelten Bereinigungsbeträge werden zwischen den Vertragspartner einvernehmlich abgestimmt.

   Die im Rahmen der Spitzabrechnung ermittelten Bereinigungsbeträge sind im nächstereichbaren Rechnungsbrief auszuweisen. Die Zuordnung zum betreffenden Bereinigungsquartal erfolgt im Rahmen der Rechnungslegung. Die unter 1.-4. genannten Regelungen werden durch die Vertragspartner gegenseitig transparent in standardisierter Form bei der Rechnungslegung dargestellt.

Anlage 1

Krankenkasse:	**Techniker Krankenkasse (TK)**
Vertragsbezeichnung:	**Verträge der TK zur Integrierten Versorgung Rheuma gemäß § 140a SGB V "Versorgungslandschaft Rheuma" in Nordrhein und Bayern**
Vertragskennung:	**120382TK033 (NOR) und 120712TK013 (BAY)**
KV:	**00000100000000000 (NOR) und 00000000010000000 (BAY)**

auf Basis von § 5 Absatz 9 i.V.m. Absatz 8 des 51. Nachtrags zur Gesamtvereinbarung der Ersatzkassen in Hamburg zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs gemäß §§ 63, 73b, 140a SGB V im Falle KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme vom 20. Dezember 2010
- "Versorgungslandschaft Rheuma (VLR)" -
in Nordrhein und Bayern

zum Zwecke der Rückbereinigung im Jahr 2018

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

- nachfolgend KV Hamburg -

und der

Techniker Krankenkasse
- nachfolgend TK -

Die Parteien vereinbaren aufgrund der Kündigung der zwei TK-Verträge zur integrierten Versorgung Rheuma gemäß § 140a SGB V "Versorgungslandschaft Rheuma" (im Weiteren "IV-Vertrag") im KV-Bezirk Nordrhein und Bayern mit Wirkung zum 31.12.2017 für die Quartale 1/2018 bis 4/2018 folgendes Verfahren:

(1) Die TK hat der KV Hamburg die Beendigung der IV-Verträge mit situativer Teilnahme von Versicherten der TK rechtzeitig angezeigt.

(2) Alle bisherigen Teilnehmer nehmen ab 01.01.2018 nicht mehr an den IV-Verträgen teil und gelten als Rückkehrer, sofern für sie im jeweiligen Vorjahresquartal eine Bereinigung durchgeführt wurde.

(3) Als Rückbereinigungsbetrag wird die Pauschale in Höhe von 36,40 Euro je Quartal angesetzt.

Die Rückbereinigungsmenge ergibt sich aus der Summe aller Rückkehrer multipliziert mit der Pauschale nach Satz 1.

(4) Die TK sendet der KV Hamburg quartalsweise 3 Wochen vor Quartalsende eine E-Mail mit Informationen hinsichtlich
   a. der Anzahl Rückkehrer,
   b. der anzusetzenden Pauschalhöhe je Rückkehrer und
   c. der Rückbereinigungsmenge im jeweiligen Quartal.

Fällt die Frist in Hamburg auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, erfolgt die Datenlieferung spätestens zum darauffolgenden Werktag.

(5) Eine Datenlieferung gem. Anhang 1 zur Anlage 1 genannten Bereinigungsvertrages vom 13.10.2016 erfolgt nicht.

Sofern seitens der TK im Jahr 2018 ein bereinigungsrelevanter Anschlussvertrag zu den IV-Verträgen abgeschlossen wird, verständigen sich Vertragspartner ob und wie u.a. auf die Bereinigungsdaten des gekündigten Selektivvertrages bzw. die letztverfügbaren Abrechnungsdaten zurückgegriffen werden kann.

Hamburg, 06.12.2017

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg	TK-Landesvertretung Hamburg

Die Vertragspartner der Bereinigungsverträge

- Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes Anlage B-MGV zum Gesamtvertrag mit der AOK
- Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes als Anlage K zum Gesamtvertrag mit dem BKK LV Nordwest
- Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes als Anlage B-MGV (bei KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme) des Gesamtvertrages mit der IKK
- Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes mit der IKK
- Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes mit der Techniker Krankenkasse
- Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes als Anlage B-MGV (bei KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme) des Gesamtvertrages mit dem vdek
- Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes mit dem vdek

haben sich in einem bestätigenden Schriftwechsel vom 28.05.2020 darauf verständigt, für das 3. Quartal 2020 folgende Übergangsregelung anzuwenden:

1. Die Umsetzung der Bereinigungsvorgaben aus dem 400. BA-Beschluss vom 31. August 2017 erfolgt auch für das 3. Quartal 2020. Hierbei ist der Ausschluss von extrabudgetär vergüteten Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 und 4 SGB V (TSVG-Konstellationen) zunächst nicht zu berücksichtigen.

2. Im Rahmen einer Spitzabrechnung für das 3. Quartal 2020 erfolgt die Berücksichtigung der extrabudgetären Vergütung von TSVG-Konstellationen bei der Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund von Verträgen gemäß §§ 63, 73b und 140a SGB V unter Anwendung der Regelungen des Bereinigungsvertrages mit Wirkung ab dem 2. Quartal 2020.

Hamburg den 28.05.2020

Protokollnotiz
zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes,
sowie zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes als Anlage B-MGV zum Gesamtvertrag

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg)**

und

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

- nachfolgend Ersatzkassen -

Folgende Protokollnotiz ersetzt die Protokollnotiz vom 05.02.2021:

Die Vertragspartner vereinbaren für das 3. Quartal und das 4. Quartal 2020 abweichend von Anlage 2 Ziffer 3 des 489. BA die Ermittlung des TSVG-SV-Anpassungsfaktors folgendes Verfahren:

Der TSVG-SV-Anpassungsfaktor wird ermittelt indem der MGV-Behandlungsbedarf nach Berücksichtigung der Versichertenentwicklung und nach TSVG-Bereinigung durch den MGV-Behandlungsbedarf nach Berücksichtigung der Versichertenentwicklung dividiert wird.

Für das 3. Quartal 2020 entspricht das einer Quote in Höhe von **94,70%**.

Für das 4. Quartal 2020 entspricht das einer Quote in Höhe von **85,87%**.

Protokollnotiz
zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes,
sowie zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes als Anlage B-MGV zum Gesamtvertrag

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg)**

und

dem **Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)**

Folgende Protokollnotiz wird ergänzend aufgenommen:

Die Vertragspartner verständigen sich darauf, dass zur Umsetzung des 532. BA (schriftliche Beschlussfassung) im 1. Quartal 2021 die Lieferung der HzV-Bereinigungsdaten nach bisherigem Schema (also anhand der Einzelfallnachweise des 1. Quartals 2020; ohne TSVG-Inhalte) erfolgt. Die Abstimmung der Bereinigungsbeträge zu den insbesondere die anzuwendenden Steigerungsfaktoren[1] gehören, findet wie bisher nach den vertraglichen Regelungen zur vorläufigen Bereinigung erst mit der MGV-Abstimmung statt. Eine Nachlieferung bzw. Spitzabrechnung ist mit Ausnahme von fehlerhaften Lieferungen in diesem Fall nicht mehr vorgesehen.

Alternativ ist auch eine beschlusskonforme Lieferung der Daten möglich.

[1] Gemeint sind die vereinbarten Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter jeweiliger Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen sowie den entsprechenden basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses.

Protokollnotiz
zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes,
sowie zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes als Anlage B-MGV zum Gesamtvertrag

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg)**

und

dem **Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)**

Folgende Protokollnotiz wird zur Klarstellung ergänzend aufgenommen:

Umsetzung des 532. BA

Bereinigung Neueinschreiber

Für Neueinschreiber wird als historische Leistungsmenge des Vorjahresquartals die für das jeweilige Bereinigungsquartal des Jahres 2020 auf Basis der Daten in 2019 bestimmte altersklassenspezifische durchschnittliche vertragsspezifische historische Leistungsmenge herangezogen und mit den für das Vorjahresquartal vereinbarten Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter jeweiliger Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie den entsprechenden basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses fortgeschrieben. Die Beträge werden in den Felder 06-08 der Satzart L06 sowie je Neueinschreiber in Abhängigkeit seiner Altersklasse in Feld 08 der Satzart L07 ausgewiesen.

Die so ermittelte historischen Leistungsmenge des Vorjahresquartals wird mit der Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie den basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses fortgeschrieben und mit der Abstaffelungsquote aus dem jeweiligen Quartal des Jahres 2019 multipliziert. Die Beträge werden versichertenspezifisch in Feld 09 der Satzart L07 ausgewiesen.

Bereinigung Bestandsteilnehmer

Für den Fall, dass es zu einer bereinigungsrelevanten Erweiterung des HZV-Versorgungsumfanges kommt und eine Teilbereinigung von Bestandsteilnehmern notwendig ist, wird dieser Betrag auf Basis von versichertenbezogenen EFN-Daten aus dem jeweiligen Quartal in 2020 für die Bestandsteilnehmer im Bereinigungsquartal ermittelt. Hierbei werden die im Bereinigungsvertrag dargestellten Selektionskriterien unter Berücksichtigung des Bereinigungsziffernkranzes mit Gültigkeit im

Bereinigungsquartal berücksichtigt. Die ggf. selektierten EFN-Daten werden in der Satzart L09 ausgewiesen.

Für den Fall, dass es zu einer bereinigungsrelevanten Reduzierung des HZV-Versorgungsumfanges kommt und eine Teilrückbereinigung von Bestandsteilnehmern notwendig ist, wird dieser Betrag gemäß der Vorgaben des Bereinigungsbeschlusses auf Basis der selektierten EFN-Daten aus dem Vorjahresquartal (Satzart L09 aus dem Vorjahresquartal) ermittelt. Die ermittelte Teilrückbereinigung kommt weiterhin bei der Fortentwicklung der Gesamtbereinigungsmenge des Vorjahresquartals und damit für die Berechnung des Rückkehrerdurchschnitts zum Tragen.

Datenlieferung

In den Quartalen 1 bis 4/2021 werden weiterhin die Satzarten gemäß § 6 des Vertrages geliefert. Hierbei enthält die Satzart L09 weiterhin die Ergebnisse der EFN-Datenselektion für Neueinschreiber und ggf. Bestandsteilnehmer, wie sie gemäß des Bereinigungsbeschlusses unter Berücksichtigung der vertraglichen Regelungen bis inkl. Q4-2020 ermittelt worden wären.

Ein- und/oder Ausdeckelungsbeträge

Die Inhalte der Satzart L09 aus dem Bereinigungsquartal bzw. aus dem Vorjahresquartal werden bei der Berechnung potentieller Ein- und/oder Ausdeckelungsbeträge beschlussgemäß herangezogen.

Protokollnotiz
zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes als Anlage B-MGV zum Gesamtvertrag

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg)**

und

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

- nachfolgend Ersatzkassen -

Die Vertragspartner streben für das 4. Quartal 2021 die beschlusskonforme Umsetzung der Berechnung des TSVG-SV-Anpassungsfaktors gem. der Vorgabe in Anlage 2 Ziffer 3 des 489. BA an.

Zur operativen Umsetzung für das Quartal 4/2021 vereinbaren die Vertragspartner die basiswirksame Verwendung der bereits für das 4. Quartal 2020 mittels des nachfolgend beschriebenen Verfahrens ermittelten Quote von 85,87 %, indem diese Quote in der Gesamtbereinigungsmenge 4/2020 berücksichtigt bleibt und damit in den Ausgangswert für die Berechnung der Gesamtbereinigungsmenge 4/2021 eingeht.

Verfahren: Der kassenspezifische TSVG-SV-Anpassungsfaktor wird ersetzt durch eine Quote, bei welcher der kassenspezifische MGV-Behandlungsbedarf nach Berücksichtigung der Versichertenentwicklung und nach TSVG-Bereinigung durch den kassenspezifischen MGV-Behandlungsbedarf nach Berücksichtigung der Versichertenentwicklung dividiert wird.

Wenn und soweit der KV Hamburg eine beschlusskonforme Berechnung des TSVG-SV-Anpassungsfaktors möglich ist, erfolgt unverzüglich eine Nachberechnung für das 4. Quartal 2021.

Die bis zum Datum der Protokollnotiz ausgetauschten Bereinigungsdaten für die Quartale 1/2021, 2/2021 und 3/2021 gelten als vorläufig abgestimmt.

Wenn und soweit der KV Hamburg eine beschlusskonforme Berechnung der quartalsbezogenen TSVG-SV-Anpassungsfaktoren möglich ist, erfolgt unverzüglich eine Nachberechnung für die Quartale 1/2021, 2/2021 sowie 3/2021.

Hamburg, den 25.05.2022

Zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg)**

und

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

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird die folgende

Honorarvereinbarung 2019
i. d. F. des 5. Nachtrages

vereinbart:

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

Präambel

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

1. Regionale Gebührenordnung

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

2. Regionaler Punktwert

Der Punktwert zur Berechnung der regionalen EUR-Gebührenordnung beträgt 10,9813 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 1,466 % (0,1587 Cent) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 10,8226 Cent als Orientierungswert.

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

3. Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des nach Maßgabe der nachstehenden Ziffern 3.1 bis 3.11 sowie den Vorgaben und Empfehlungen des 383. BA in seiner Sitzung am 21.09.2016 zuletzt geändert mit Beschluss des BA in seiner 403. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und etwaigen Folgebeschlüssen des BA bzw. EBA (im Folgenden „Aufsatzwertebeschluss“) ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals und dem Punktwert nach Ziffer 2. Die Berechnung erfolgt für jedes Quartal des Jahres 2019 getrennt.

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

3.2
3.2.1. Der Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.1 wird gem. des 430. BA für jedes Quartal des Jahres 2019 um den erwarteten Mehrbedarf für die Höherbewertung der Gebührenordnungspositionen 03000 und 04000 jeweils eingegrenzt auf die Altersklasse „ab Beginn des 76. Lebensjahres“ ggf. einschließlich Suffices und Pseudoziffern wie folgt erhöht: Der Erhöhungsbetrag ergibt sich für jedes Quartal des

Jahres 2019 durch Multiplikation der Häufigkeit der entsprechenden Gebührenordnungspositionen im jeweiligen Vorjahresquartal gemäß der Datenlieferung ARZTRG87aKA_SUM mit einem Punkt.

3.2.2. Der Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.2.1 wird gem. des 430. BA um den erwarteten Mehrbedarf für die Höherbewertung der Gebührenordnungsposition 34600 erhöht: Der Erhöhungsbetrag ergibt sich für jedes Quartal des Jahres 2019 durch Multiplikation der Häufigkeit der entsprechenden Gebührenordnungsposition im jeweiligen Vorjahresquartal mit 107 Punkten.

3.2.3. Der Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.2.2. wird für die Quartale zwei bis vier des Jahres 2019 sowie das erste Quartal des Jahres 2020 gem. des 435. BA (Sitzung vom 29.03.2019) um den erwarteten Mehrbedarf für die Höherbewertung der Gebührenordnungsposition 06211 ggf. einschließlich Suffixe und Pseudoziffern erhöht. Der zusätzliche Behandlungsbedarf ergibt sich für die Quartale zwei bis vier des Jahres 2019 sowie das erste Quartal des Jahres 2020 durch Multiplikation der Häufigkeit der entsprechenden Gebührenordnungsposition im jeweiligen Vorjahresquartal mit 2 Punkten.

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 425. BA in seiner Sitzung am 21. August 2018 („Abgrenzungsbeschluss“) anzupassen.

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

1. Mit Wirkung vom 01.01.2019 bis einschließlich 31.12.2019 (Quartale 1 - 4/2019) in Umsetzung des 407. BA (schriftliche Beschlussfassung) werden die Punktmengen der Leistungen nach der Ziffer 4.54 der Honorarvereinbarung 2018 und damit die GOP 22220 und 23220 EBM („Psychotherapeutische Gespräche - Einzelbehandlung“) zugesetzt. Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird nicht auf 1,0 festgesetzt.

2. Mit Wirkung vom 01.01.2019 bis 31.03.2019 (Quartal 1/2019) wird die Punktmenge der Leistungen nach der Ziffer 4.64. („Verordnung von medizinischer Rehabilitation“, GOP 01611 EBM) abgezogen. Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird gem. des 416. BA Teil B abweichend vom 383. BA, geändert durch den 401. BA, Ziffer 2.2.1.2 auf 1,0 festgesetzt.

3. Mit Wirkung vom 01.01.2019 bis 31.03.2019 (Quartal 1/2019) werden die Punktmengen der Leistungen nach der GOP 30800 EBM gem. der Ziffer 4.41 („Verordnung von Soziotherapie“) der Honorarvereinbarung 2018 nach Maßgabe des 45. EBA in Verbindung mit dem Aufsatzwertebeschluss in die

MGV überführt. Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird gem. des 45. EBA abweichend vom Aufsatzwertebeschluss Ziffer 2.2.1.2 auf 1,0 festgesetzt.

4. Mit Wirkung vom 01.01.2019 bis 30.06.2019 (Quartale 1/2019 bis 2/2019) in Umsetzung des 54. EBA Teil B für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der GOP 32151, 32720 bis 32727, 32750, 32759 bis 32763, 32772 und 32773 werden dem Behandlungsbedarf der vorgenannten Abrechnungsquartale jeweils 318.124 Punkte zugesetzt.

5. Mit Wirkung vom 01.01.2019 bis 30.09.2019 (Quartale 1/2019 bis 3/2019) in Umsetzung des 417. BA Teil B für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der GOP 01624 werden dem Behandlungsbedarf der vorgenannten Quartale jeweils 105.665 Punkte zugesetzt.

6. Mit Wirkung vom 01.10.2019 bis 30.09.2020 (Quartal 4/2019 bis 3/2020) in Umsetzung des 408. BA (schriftliche Beschlussfassung) werden die Punktmengen der Leistungen der Honorarvereinbarung 2018 und 2019 nach der Ziffer 4.56. Leistungen nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM („Palliativmedizinische Versorgung“) zugesetzt. Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird nicht auf 1,0 festgesetzt.

3.3.2

(1) Die KVH hat in einer aufwändigen wissenschaftlichen Studie im Jahr 2017[1] festgestellt, dass die Versorgungskapazitäten der Kinderärzte in Hamburg ausgelastet sind. Insbesondere wurde deutlich, dass im Bereich der Grundversorgung von Kindern der Altersgruppe 0-4 Jahre einem möglichen Versorgungsengpass nur durch eine Mengenausweitung begegnet werden kann. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat hierzu in seiner Sitzung vom 25.04.2018 maßgebliche Feststellungen getroffen[2]. Die Partner dieser Honorarvereinbarung vereinbaren zur Sicherstellung der kinderärztlichen Grundversorgung durch Kinderärzte aus diesem Grunde nach § 87a Abs. 2 S. 3 SGB V ein Fördervolumen (FGK). Für das FGK werden einmalig 500.000 EUR von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt. Zur Umsetzung wurde bzw. wird der Förderbetrag gleichwertig auf die Quartale 3/2018 bis 2/2019 aufgeteilt (125.000 EUR je Quartal) und nach den nachstehenden Regelungen verwendet, um einer zu erwartenden zunehmenden Belastung des Honorarkontingents der Kinderärzte zu begegnen.

(2) Der zur kassenseitigen Umsetzung von der jeweiligen Krankenkasse zu finanzierende Anteil am Förderbetrag ergibt sich aus der für das jeweilige Vorjahresquartal angewandten Aufteilung gem. der kassenspezifischen Anteile an der GOP 04000 (Versichertenpauschale bis zum vollendeten 4. Lebensjahr EBM; nachfolgend konkretisiert durch GOP 04001 mit allen Buchstabensuffixen als technische GOP der ARZTRG87aKA-Datenlieferung).

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

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

Der Förderbetrag wird als ein "Davon"-Ausweis der EGV-Gesamtsumme im Rechnungsbrief und zusätzlich im Formblatt 3 (bereichseigen) unter Vorgang 050 als EGV-Betrag ausgewiesen. Die KV Hamburg ist berechtigt, die Förderbeträge (Quartale 3/2018 bis 2/2019) quartalsweise mit dem jeweils ersten erreichbaren Abschlagstermin gem. der bilateralen gesamtvertraglichen Regelungen bei den Krankenkassen anzufordern.

(3) Wird von Kinderärzten das Ziel der Förderung (nach Absatz 6 dieser Ziffer) erreicht, so werden je Quartal Mittel in Höhe des förderfähigen Anteils (nach Absatz 7 dieser Ziffer) aus dem Fördervolumen in das Honorarkontingent der Kinderärzte überführt. Die so aus dem Fördervolumen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführten Mittel erhöhen diese unter Berücksichtigung des regionalen Punktwertes nach Ziffer 2 in Punkten mit dem entsprechenden Folgejahresquartal (3/18 in 3/19, 4/18 in 4/19; 1/19 in 1/20 und 2/19 in 2/20 usw.) für die Zukunft basiswirksam.

(4) Die Förderung beginnt im 3. Quartal 2018 und dauert längstens bis zum Ablauf des 2. Quartals 2021. Dabei werden nicht in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführte Beträge von Quartal zu Quartal tradiert. Wird das Fördervolumen früher ausgeschöpft, endet der Förderzeitraum zu diesem Zeitpunkt. Sofern nach Ablauf des Förderzeitraums noch Mittel im Fördertopf vorhanden sind, werden die Partner dieser Honorarvereinbarung gemeinsam über deren Verwendung beraten.

(5) Die Förderung bezieht sich auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Die Honorierung der Kinderärzte, die das Ziel der Förderung erreichen, bestimmt sich ausschließlich nach den Regelungen des Verteilungsmaßstabes. Ein Anspruch von Kinderärzten auf eine unmittelbare Vergütung aus dem Fördervolumen ist ausgeschlossen.

(6) Das Förderziel besteht in einer Steigerung des Versorgungsanteils von Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres in Höhe von 25% gegenüber dem Vorjahresquartal je Kinderarzt. Indikator dafür ist die Abrechnungsfrequenz der GOP 04001. Soweit im Vorjahr die GOP 04001 nicht abgerechnet wurde, wird das Förderziel erreicht, wenn die GOP mindestens einmal abgerechnet wird. In Fällen der Übernahme eines bestehenden Vertragsarztsitzes wird zur Beurteilung der Erreichung des Versorgungszieles die Abrechnungsfrequenz der GOP 04001 des übernommenen Vertragsarztsitzes aus dem Vorjahresquartal herangezogen.

(7) Erreicht ein Kinderarzt dieses Ziel, so wird der für ihn im Quartal, in welchem das Förderziel erreicht wird, festgestellte Honoraranspruch unter Beachtung von Absatz 8 in Höhe des Anteils, der auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entfällt, in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gem. Absatz 3 dieser Ziffer überführt.

(8) Insofern eine Förderung im Vorjahresquartal für denselben Kinderarzt bereits erfolgte, findet eine Förderung nur dann statt, wenn das Ziel nach Absatz 6 vom jeweiligen Kinderarzt in den letzten 4 vorangegangenen Quartalen erreicht

wurde. In diesen Fällen wird dessen Honoraranspruch unabhängig von der Abrechnungsfrequenz der GOP 04001 in den folgenden Quartalen nur noch so weit für die Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung herangezogen, wie er den Honoraranspruch im entsprechenden Vorjahresquartal überschreitet und Fördermittel gemäß Absatz 1 zur Verfügung stehen.

(9) Der Nachweis des Erreichens des Förderziels wird von der KVH gegenüber den Krankenkassen in Form einer tabellarischen Übersicht gem. Anlage 4 geführt. Diese beinhaltet eine aggregierten Darstellung der Abrechnungsergebnisse der jeweiligen Ärzte unter Angabe der LANR, die Abrechnungsfrequenzen der GOP 04001 im aktuellen und Vorjahresquartal sowie die quartalsbezogene Darstellung des Leistungsbedarfs innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Vergütung dieser Leistungen.

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

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

3.5

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

3.5.1.1 In Umsetzung des 439. BA (Teil A) zur Behebung des Kassenwechslereffekts werden im Jahr 2019 in jedem Quartal (Quartale 1/2019 bis 4/2019) dem Behandlungsbedarf jeweils 1.500.000 Punkte basiswirksam zugesetzt.

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

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

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

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 NN

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

3.7

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

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

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

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

- „Hausarzt-Vermittlungsfall“ beim Facharzt,
- „TSS- Terminfall“,
- „Neupatient“ und
- „Offene Sprechstunde“ sowie
- ggfs. für die TSVG Konstellation „TSS-Akutfall“ (KV-spezifisch ab Implementierung des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens, spätestens ab 01.01.2020; begrenzt auf ein Jahr).

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.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass für die im vorgenannten Beschluss beschriebenen TSVG-Konstellationen, deren Bereinigung erstmals in 2020 beginnt bzw. über das Jahr 2019 hinaus erfolgt, eine gleichlautende Regelung in die Honorarvereinbarung des Jahres 2020 aufgenommen wird. Dies mitumfasst auch entsprechende Anpassungen in Anlage 2 zur Honorarvereinbarung.

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

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

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

3.9
3.9.1 Anschließend sind gem. Ziffer 2.2.4 Absatz 2 des Aufsatzwertbeschlusses die für das aktuelle Abrechnungsquartal aktualisierten vertragsübergreifenden Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten der Krankenkasse, multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenzahl der Krankenkasse im Vorjahresquartal, zu addieren.

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

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

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

3.10 Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4. dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht kann ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V unter Beachtung der diesbezüglichen Empfehlungen des BA gem. § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V begründet werden. Insoweit eine Nachschusspflicht nach § 87a Abs. 3 S. 4 SGB V besteht, werden die diese betreffenden Regelungen in Nr. 8 dieses Vertrages verortet. Insbesondere kann keine Nachschusspflicht aus Regelungen zur Honorarverteilung resultieren.

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

4. Extrabudgetär vergütete Leistungen

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

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

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

4.3 Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

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

4.5 Leistungen des Hautkrebsscreenings nach der GOP 01745, 01746,

4.6 Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

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

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

4.9 ab dem 01.04.2019 Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:

01510X bis 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08540 bis 08542, 08540X bis 08542X, 08550 bis 08552, 08550X bis 08552X, 08560, 08560X, 08561, 08561X, 08575X, 08575, 08576X, 08576,11301X, 11302X, 11351X, 11352X, 11501X bis 11503X, 11501 bis 11503, 11506X, 11506, 11508, 11508X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X und 36822X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X (bis 30.09.2019), 32614X, 32618X, 32660X und 32781X.

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

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

4.11 Excisionen beim Hautkrebsscreening nach den GOP 10343 und 10344,

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

4.13 Leistungen der Abschnitte 4.5.4 EBM (pädiatrische Nephrologie und Dialyse) und 13.3.6 (Nephrologie und Dialyse) EBM (ohne GOP 13620 - 13622) sowie die GOP 04000, 04040 und 04230 EBM, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden; einschließlich der leistungsbezogenen Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlungen mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen 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 Gebührenordnungspositionen 01425 und 01426 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 406, Ebene 6,

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

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

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

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

4.21 Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger (ab 01.07.2019 Opioidabhängiger) nach den GOP 01955 und 01956 des Abschnittes 1.8 im EBM,

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

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

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

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

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

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

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

4.29

(1) Von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und

Internistische Onkologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachte Hämato-/Onkologischen Zusatzpauschalen (GOP 13500 bis 13502), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachten Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 08345), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie von Fachärzten für Urologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachte Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 26315 EBM), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111 EBM) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512 EBM), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden.

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

4.30 NN

4.31 Leistung gemäß GOP 34601 (Osteodensitometrische Untersuchung II),

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

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

4.34 NN

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

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

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

4.38
(1) Die GOP 99345 und 99315 als Zuschlag auf die GOP 86510 oder 86512 nach der „Onkologie-Vereinbarung“.

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

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

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

4.39 Leistungen der Rheumatologie nach den GOP 13690 bis 13692,

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

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

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

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

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

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

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

4.47 die Kostenpauschale nach der GOP 40306 („Kosten im Zusammenhang mit

der 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 EBM („Videosprechstunde“),

4.50 NN

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

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

4.53 die GOP 35151 und 35152 EBM („Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung“),

4.54 NN

4.55 Leistungen nach den GOP 01702 und 01703 („Pulsoxymetrie-Screening“),

4.56 bis 30.09.2019 Leistungen nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM („Palliativmedizinische Versorgung“),

4.57 Leistungen nach dem Abschnitt 37.3 EBM („besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“,

4.58 Leistungen nach den GOP 02325 bis 02328 („Epilation mittels Laser“),

4.59 Leistungen nach den GOP 01460, 01461 und 01626 (Verordnung von Cannabis),

4.60 Leistungen nach den GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943 und 32948 bis 32949 (HLA-Antikörperdiagnostik),

4.61 die GOP 08312, 08313, 26316 und 26317, die Kostenpauschale 40161 sowie die GOP 08311, 26310 und 26311, die in derselben Sitzung mit den Gebührenordnungspositionen 08312 oder 26316 erbracht werden (transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin),
(Die Kennzeichnung von Zystoskopien nach den Gebührenordnungspositionen 08311, 26310 und 26311 bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin nach den Gebührenordnungspositionen 08312 bzw. 26316 durchgeführt wird, erfolgt anhand bundeseinheitlich kodierter Zusatzkennzeichen.)

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

4.63 Kostenpauschalen 86900 (Versendung e-Arztbrief) und 86901 (Empfangen e- Arztbrief) gemäß der Richtlinie über die Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291f SGB V,

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

4.65 Leistungen nach den GOP 32459 („Procalcitonin (PCT)“), 32774 und 32775 („Zuschläge für die Durchführung von phänotypischen Bestätigungstesten“),

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

4.67 Leistungen nach den GOP 30210, 30212, 30216 und 30218 („hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“),

4.68 Leistungen nach der GOP 01650 („Zuschlag DeQS-RL, nosokomiale Infektionen“),

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

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

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

4.72 ab dem 01.04.2019 Leistungen nach der GOP 32480 und 32557 EBM („Labor zu Wirkstoffen Velmanase alfa und Daratumumab“),

4.73 ab dem 01.04.2019 Leistungen nach den GOP 06362 und 40681 (Hornhautvernetzung mit Riboflavin),

4.74 ab dem 01.07.2019 Leistungen nach den GOP 01516 (Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung bei der Gabe von Fingolimod),

4.75 ab dem 01.07.2019 Leistungen nach den GOP 32818 (Genotypische HIV-Resistenztestung bei HIV-Infizierten gemäß der Fachinformation der Arzneimittel Delstrigo® und/oder Pifeltro® vor Erstverordnung),

4.76 ab 01.09.2019 Zuschläge Terminvermittlung Facharzt nach der GOP 03008 EBM sowie GOP 04008 EBM (Hausarzt-Vermittlungsfall),

4.77 ab 01.09.2019 Zuschläge („Zuschläge-TSS-Terminfall/Akutfall“; beim Akutfall erst ab Implementierung des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens) gemäß §

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

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

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

4.78 ab 11.05.2019 (beim Akutfall erst ab Implementierung des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens) Leistungen nach Nrn. 3 des § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V zugleich Nr. 2 i.V.m. Nr. 3 des 439. BA in der Fassung des 452. BA (TSVG-Konstellation: TSS-Terminvermittlung und TSS-Akutfall),

4.79 ab 11.05.2019 Leistungen nach Nrn. 4 des § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V zugleich Nr. 2 i.V.m. Nr. 4 des 439. BA in der Fassung des 452. BA (TSVG-Konstellation: Hausarzt-Vermittlungsfall),

4.80 ab 01.09.2019 Leistungen nach Nrn. 5 des § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V zugleich Nr. 2 i.V.m. Nr. 6 bis 8 des 439. BA in der Fassung des 452. BA (TSVG-Konstellation: Neupatient),

4.81 ab 01.09.2019 Leistungen nach Nrn. 6 des § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V zugleich Nr. 2 i.V.m. Nr. 5 des 439. BA in der Fassung des 452. BA sowie gem. des 452. BA Teil B zur Bestimmung eines Algorithmus zur Operationalisierung der Grenze für offene Sprechstunden (TSVG-Konstellation: Offene Sprechstunde),

4.82 ab 01.10.2019 die Leistungen nach den GOP 32362 und 32363 (Präeklampsie) EBM,

4.83 ab dem 01.09.2019 die Leistungen des Abschnitts 1.7.8 EBM („HIV-Präexpositionsprophylaxe“),

4.84 ab dem 01.10.2019 die GOP 32850 EBM (Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA),

4.85 ab 01.10.2019 die GOP 01451 EBM („Anschubförderung Videosprechstunde“),

4.86 ab 01.10.2019 die GOPs 06336, 06337, 06338, 06339 (Optische Kohärenztomographie - OCT),

4.87 ab dem 01.10.2019 die GOP 01514 EBM („Gabe von Velmanase alfa“)

4.88 ab 01.10.2019 Leistungen nach den GOP 01442 und 01444 EBM (Videofallkonferenz und Authentifizierung),

5. Zuschläge auf besonders förderungswürdige Leistungen

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

Zur Begründung wird darauf verwiesen, dass die Zahl der Patienten mit allergischen Erkrankungen weltweit, vor allem in den Industrienationen, zunimmt. Experten schätzen, dass nur etwa 10 % der allergischen Patienten entsprechend den aktuellen Leitlinien behandelt werden. Zudem ist die Behandlung sehr langwierig und dauert 3 Jahre. Durch das Abstellen auf den Abschluss der 3jährigen Behandlung wird gleichzeitig die Wirtschaftlichkeit gefördert, da sichergestellt wird, dass die 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 Vertragspartner ist bewusst, dass ein Anstieg der Gesamtzahl von allergischen Patienten im Gegensatz zu einem gleichzeitig unterproportionalen Anteil von Patienten, die eine spezifische Immuntherapie erhalten, existiert. Infolge dessen könnten zusätzliche Kosten im Gesundheitswesen durch die Progredienz der Erkrankungen entstehen, z. B. durch eine Zunahme des allergischen Asthmas.[3] Ebenso ist die medikamentöse Behandlung allergische Symptome unter Kostengesichtspunkten zu berücksichtigen und unter medizinischen Gesichtspunkten mit Blick auf mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten ggf. problematisch.
Deshalb ist es insbesondere vor dem Hintergrund vom Ausbleiben schwerer Erkrankungen bei einer erfolgreichen Durchführung der Hyposensibiliserung geradezu wünschenswert und versorgungspolitisch notwendig, wenn diese Behandlungen im Einzelfall durch diese zusätzliche Förderung als Zuschlag erfolgreich zu Ende geführt werden.

6. Wegepauschalen

[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.

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

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

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

3,53 EUR (Abrechnungsnummer: 97234);

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

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

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97235);

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

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

10,14 EUR (Abrechnungsnummer: 97236);

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

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

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97237);

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

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

10,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97238);

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

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

14,55 EUR (Abrechnungsnummer: 97239);

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

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

11,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97160);

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

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

16,32 EUR (Abrechnungsnummer: 97161).

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

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

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

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

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

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

7. Belegärztliche Leistungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.

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

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

9. Sachlich-rechnerische Berichtigungen

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

10.1 Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V

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

10.2 Honorarkürzungen nach § 291 Abs. 2b Satz 14 (ab 19.12.2019 Satz 9) SGB V

Honorarkürzungen, die die KV Hamburg gemäß § 291 Abs. 2b Satz 14 (ab 19.12.2019 Satz 9) SGB V in Fällen der nicht erfolgten Durchführung der Prüfung nach § 291 Abs. 2b Satz 3 (ab 19.12.2019 Satz 2) SGB V (Versichertenstammdatendienst) vornimmt, sind anteilig für den Fall, der die Leistungen außerhalb der MGV betrifft, an die Krankenkasse zurückzuzahlen. Basis für die Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen ist der Anteil je Krankenkasse am Volumen der Leistungen außerhalb der MGV gemäß Formblatt (bereichseigen) des die Kürzung betreffenden Quartals. Die Rückzahlung erfolgt jeweils in dem übernächsten Quartal, das auf das die Kürzung betreffenden Quartal folgt. Der Ausweis erfolgt im Formblatt, Kontenart 400 im Vorgang 142 für die Fälle nach § 291 Abs. 2b Satz 14 (ab 19.12.2019 Satz 9) SGB V. § 291 Abs. 2b Satz 15 und 17 (ab 19.12.2019 Satz 11 und 12) SGB V gilt.

10.3 Zusammenwirken von Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V und § 291 Abs. 2b Satz 14 (ab 19.12.2019 Satz 9) SGB V

Für den Fall, dass Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V und § 291 Abs. 2b Satz 14 (ab 19.12.2019 Satz 9) SGB V zusammenfallen, werden die Kürzungsbeträge jeweils auf das Gesamthonorar erhoben.

11. Kostenerstattung

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

12. Verspätet eingereichte Behandlungsausweise

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

13. Sonstiges

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

Hamburg, den 05.07.2019

……..…..
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

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

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

……..…..
IKK classic

……..…..
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Nord, Hamburg

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

Honorarvereinbarung 2019 vom 23.11.2018

Anlage 1
zur Honorarvereinbarung 2019

Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg

wird noch ausgeführt

Honorarvereinbarung 2019 vom 23.11.2018

Anlage 2
zur Honorarvereinbarung 2019

Quartal 1/2019

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

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im Quartal 1/2018 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	3.2	Anpassung des Behandlungsbedarfs entsprechend den Regelungen in Ziffer 3.2. dieser Vereinbarung.
3.	3.3.1	Berücksichtigung des Abgrenzungsbeschlusses im Rahmen des Aufsatzwertebeschlusses gem. Ziffer 2.2.1.2 Abzug bzw. Erhöhung der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 1 bis 5 der Honorarvereinbarung
4.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung
5.a	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5.1 der Honorarvereinbarung
5.b	3.5.1.1	Hinzusetzen der Summe zur Behebung des Kassenwechslereffekts gem. Ziffer 3.5.1.1 der Honorarvereinbarung in Höhe von 1.500.000 Punkten
6.	3.5.2	Hinzusetzen der Summe des zu erwartenden Mehrbedarfs der GOP 19317 gem. Ziffer 3.5.2 der Honorarvereinbarung in Höhe von 22.625 Punkten
7.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 ± 2 ± 3 ± 4 – 5.a + 5.b + 6

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung	**a) GKV-weit**	**b) Einzel-kasse**
8.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im Quartal 1/2018 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert.		
9.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle)		
10.	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 3 nach Ziffer 3.3.1 der Honorarvereinbarung (ohne Ziffer 3.3.1 Nr. 4 und 5) genannten Leistungen im Quartal 1/2018 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
11.		Angepasste Leistungsmenge in Punkten = 8 – 9 ± 10		

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

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

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

20.	2.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: = (18 ± 19) * 0,109813 = Kassenspezifische MGV in Euro

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

Honorarvereinbarung 2019 vom 23.11.2018

Anlage 2
zur Honorarvereinbarung 2019

Quartal 2/2019

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

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im Quartal 2/2018 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	3.2	Anpassung des Behandlungsbedarfs entsprechend den Regelungen in Ziffer 3.2. dieser Vereinbarung.
3.	3.3.1	Berücksichtigung des Abgrenzungsbeschlusses im Rahmen des Aufsatzwertebeschlusses gem. Ziffer 2.2.1.2 Abzug bzw. Erhöhung der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 1 ,4 und 5 der Honorarvereinbarung
4.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung
5.a	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5.1 der Honorarvereinbarung
5.b	3.5.1.1	Hinzusetzen der Summe zur Behebung des Kassenwechslereffekts gem. Ziffer 3.5.1.1 der Honorarvereinbarung in Höhe von 1.500.000 Punkten
6.	3.5.2	Hinzusetzen der Summe des zu erwartenden Mehrbedarfs der GOP 19317 gem. Ziffer 3.5.2 der Honorarvereinbarung in Höhe von 22.625 Punkten
7.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 ± 2 ± 3 ± 4 - 5.a + 5.b + 6

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung	**a) GKV-weit**	**b) Einzel-kasse**
8.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im Quartal 2/2018 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert.		
9.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle)		
10.	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 3 nach Ziffer 3.3.1 der Honorarvereinbarung (ohne Ziffer 3.3.1 Nr. 4 und 5) genannten Leistungen im Quartal 2/2018 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
11.		Angepasste Leistungsmenge in Punkten = 8 – 9 ± 10		

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

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

15.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: = 14 / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des Quartals 2/2018) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 2/2019)
15a	3.7.1.1	Subtraktion der basiswirksamen Bereinigungsbeträge_für die TSVG-Konstellationen nach Maßgabe von Ziffer 3.7.1.1 der Honorarvereinbarung = 15 - [kassenspezifischer Bereinigungsbetrag gem. Ziffer 3.7.1.1]
16.	3.7.2	Addition der basiswirksamen Erhöhungsbeträge aufgrund der Umsetzung des 43. EBA iVm. 380. BA zur „Nachvergütung Psychotherapie“ gem. Ziffer 3.7.2 dieser Honorarvereinbarung = 15a + [kassenspezifischer Erhöhungsbetrag gem. Ziffer 3.7.2]
17.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = 16 + (16 * - 0,2847 %)
18.	3.9.1	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 17 + [(auf das Abrechnungsquartal 2/2019 aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten) * (ANZVER87a_IK im Quartal 2/2019 – ANZVER87a_IK im Quartal 2/2018)]

19.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)
20.	2.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: = (18 ± 19) * 0,109813 = Kassenspezifische MGV in Euro

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

Honorarvereinbarung 2019 vom 23.11.2018

Anlage 2
zur Honorarvereinbarung 2019

Quartal 3/2019

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

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im Quartal 3/2018 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	3.2	Anpassung des Behandlungsbedarfs entsprechend den Regelungen in Ziffer 3.2. dieser Vereinbarung.
3.	3.3.1 3.3.2	Berücksichtigung des Abgrenzungsbeschlusses im Rahmen des Aufsatzwertebeschlusses gem. Ziffer 2.2.1.2 Abzug bzw. Erhöhung der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 1 und 5 der Honorarvereinbarung Berücksichtigung der aus dem Fördervolumen Kinderärzte überführten Mittel des Quartals III/2018 zur basiswirksamen MGV-Erhöhung
4.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung
5.a	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5.1 der Honorarvereinbarung
5.b	3.5.1.1	Hinzusetzen der Summe zur Behebung des Kassenwechslereffekts gem. Ziffer 3.5.1.1 der Honorarvereinbarung in Höhe von 1.500.000 Punkten
6.	3.5.2	Hinzusetzen der Summe des zu erwartenden Mehrbedarfs der GOP 19317 gem. Ziffer 3.5.2 der Honorarvereinbarung in Höhe von 22.625 Punkten
7.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 ± 2 ± 3 ± 4 – 5.a +5.b + 6

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung	**a) GKV-weit**	**b) Einzel-kasse**
8.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im Quartal 3/2018 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert.		
9.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle)		
10.	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 3 nach Ziffer 3.3.1 der Honorarvereinbarung (ohne Ziffer 3.3.1 Nr. 5) genannten Leistungen im Quartal 3/2018 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
11.		Angepasste Leistungsmenge in Punkten = 8 - 9 ± 10		

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

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

15.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: = 14 / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des Quartals 3/2018) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 3/2019)
15a	3.7.1.1	Subtraktion der basiswirksamen Bereinigungsbeträge_für die TSVG-Konstellationen nach Maßgabe von Ziffer 3.7.1.1 der Honorarvereinbarung = 15 – [kassenspezifischer Bereinigungsbetrag gem. Ziffer 3.7.1.1]
16.	3.7.2	Addition der basiswirksamen Erhöhungsbeträge aufgrund der Umsetzung des 43. EBA iVm. 380. BA zur „Nachvergütung Psychotherapie“ gem. Ziffer 3.7.2 dieser Honorarvereinbarung = 15a + [kassenspezifischer Erhöhungsbetrag gem. Ziffer 3.7.2]
17.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = 16 + (16 * - 0,2847 %)
18.	3.9.1	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 17 + [(auf das Abrechnungsquartal 3/2019 aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten) * (ANZVER87a_IK im Quartal 3/2019 – ANZVER87a_IK im Quartal 3/2018)]
19.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)

20.	2.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: = (18 ± 19) * 0,109813 = Kassenspezifische MGV in Euro

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

Honorarvereinbarung 2019 vom 23.11.2018

Anlage 2
zur Honorarvereinbarung 2019

Quartal 4/2019

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

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im Quartal 4/2018 (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)
2.	3.2	Anpassung des Behandlungsbedarfs entsprechend den Regelungen in Ziffer 3.2. dieser Vereinbarung.
3.	3.3.1 3.3.2	Berücksichtigung des Abgrenzungsbeschlusses im Rahmen des Aufsatzwertebeschlusses gem. Ziffer 2.2.1.2 Abzug bzw. Erhöhung der Leistungsbedarfe nach Ziffer 3.3.1 Nr. 1 und 6 der Honorarvereinbarung Berücksichtigung der aus dem Fördervolumen Kinderärzte überführten Mittel des Quartals IV/2018 zur basiswirksamen MGV-Erhöhung
4.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung
5.a	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5.1 der Honorarvereinbarung
5.b	3.5.1.1	Hinzusetzen der Summe zur Behebung des Kassenwechslereffekts gem. Ziffer 3.5.1.1 der Honorarvereinbarung in Höhe von 1.500.000 Punkten
6.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten = 1 ± 2 ± 3 ± 4 – 5.a + 5.b

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Nr.	Ziffer HON 2019	Beschreibung	**a) GKV-weit**	**b) Einzel-kasse**
7.	3.6.1	Abgerechnete Leistungsmenge im Quartal 4/2018 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK). Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich abgezogen. Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich hinzuaddiert.		
8.	3.6.1	Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle)		
9.	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Nr. 3 nach Ziffer 3.3.1 der Honorarvereinbarung genannten Leistungen im Quartal 4/2018 in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)		
10.		Angepasste Leistungsmenge in Punkten = 7 – 8 ± 9		
11.		Kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf = 10b / 10a		

12.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten = 6 * 11		
13.	3.6.3	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht = 12 + kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen		

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

14.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: = 13 / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des Quartals 4/2018) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des Quartals 4/2019)
14a	3.7.1.1	Subtraktion der basiswirksamen Bereinigungsbeträge_für die TSVG-Konstellationen nach Maßgabe von Ziffer 3.7.1.1 der Honorarvereinbarung = 14 – [kassenspezifischer Bereinigungsbetrag gem. Ziffer 3.7.1.1]
15.	3.7.2	Addition der basiswirksamen Erhöhungsbeträge aufgrund der Umsetzung des 43. EBA iVm. 380. BA zur „Nachvergütung Psychotherapie“ gem. Ziffer 3.7.2 dieser Honorarvereinbarung = 14a + [kassenspezifischer Erhöhungsbetrag gem. Ziffer 3.7.2]
16.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate = 15 + (15 * - 0,2847 %)
17.	3.9.1	Berücksichtigung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Vers.: = 16 + [(auf das Abrechnungsquartal 4/2019 aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten) * (ANZVER87a_IK im Quartal 4/2019 – ANZVER87a_IK im Quartal 4 /2018)]
18.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	Berücksichtigung der Differenzbereinigung aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)

19.	2.	Multiplikation mit dem regionalen Punktwert: = (17 ± 18) * 0,109813 = Kassenspezifische MGV in Euro

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

Honorarvereinbarung 2019 vom 23.11.2018

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2019

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

- - basierend auf drei volkswirtschaftliche Indikatoren
    - Arbeitnehmerentgelt je 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 → http://www.vgrdl.de/VGRdL/

  (Die Vertragspartner sind sich darüber einig, für die Ermittlung von regionalen Punktwertzuschlägen nach dieser Anlage den Berechnungsstand der statistischen Ämter des Bundes und der Länder zu nutzen, welcher zum 31.10. p.a. gem. § 87a Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 SGB V veröffentlicht ist. Liegen zu diesem Zeitpunkt die maßgeblichen Werte noch nicht vor, ist der nächstverfügbare Berechnungsstand maßgebend. Bereits vereinbarte Punktwertzuschläge werden aufgrund von rückwirkenden Statistikrevisionen nicht mehr angepasst.)
- im Folgenden werden die Ergebnisse der Berechnungsschritte 1. bis 5. sowie 7. in Prozent [%] und die Ergebnisse der Berechnungsschritte 6.1 bis 6.3 in EuroCent [cent] ausgewiesen

1. Prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

je volkswirtschaftlicher Indikator$_{1,2,3}$ gilt: $a_{1,2,3}$ = ((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 & 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.

Honorarvereinbarung 2019
vom 23.11.2018
Anlage 4
zur Honorarvereinbarung 2019

Nachweis der Erreichung des Förderziels für die Förderung zur Sicherstellung der kinderärztlichen Grundversorgung (FGK) gem. Ziffer 3.3.2 Absatz 9 der Honorarvereinbarung 2019

LANR des geförderten Arztes	LANR des übernommenen Vertragsarztsitzes**	Abrechnungsfrequenz GOP 04001		Leistungsbedarf MGV in Euro	
		[Vorjahresquartal]**	[aktuelles Quartal]	[Vorjahresquartal]**	[aktuelles Quartal]

**Sofern ein Vertragsarztsitz übernommen wurde ist die Spalte "LANR des übernommenen Vertragsarztsitzes" zu befüllen. In diesem Fall sind die Angaben zum Vorjahresquartal jeweils auf den übernommenen Vertragsarztsitz zu beziehen.

Protokollnotiz
zur
Honorarvereinbarung 2019

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

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

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

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

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

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

a) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 408. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab 01.10.2019 die Gebührenpositionen der Abschnitte 3.2.5 und

4.2.5 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurück zu überführen sind (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch 401. BA). Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in der Honorarvereinbarung 2020 umgesetzt.

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

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

d) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 53. EBA, geändert durch den 430. BA, anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab 01.01.2021 die Gebührenposition 01641 nach den im 53. EBA, geändert durch den 430. BA, in Teil C festgelegten Voraussetzungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen ist. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2020 übernommen.

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

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

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

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

Nach Nr. 4.3.9.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM ist bei der Abrechnung der GOP 01645 die Indikation zu kodieren. Aus diesem Grund wurden die abgeleiteten GOP 01645A (Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Mandeloperation) und GOP 01645B (Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Gebärmutterentfernung) in die Codierungsliste der KBV aufgenommen und sind, solange nichts Abweichendes bestimmt wird, entsprechend zu verwenden.

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

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

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

h) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 433. BA (Sitzung am 22.01.2019) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass die Überführung der in der Ziffer 4.72 dieser Vereinbarung extrabudgetär gestellten Leistungen nach den GOP 32480 und 32557 EBM in die MGV zum 01.04.2021 gemäß des 433. BA nach dem dort in Bezug genommenen Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung vom 21. September 2016, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) oder entsprechender Folgebeschlüsse erfolgt.

i) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 439. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.07.2021, vorbehaltlich einer anderslautenden Entscheidung des BA, die Gebührenposition 32818 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen ist (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 „Aufsatzwertebeschluss“). Dabei wird die anzuwendende Abstaffelungsquote in Nummer 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2020 übernommen.

j) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 441. BA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass nach Ablauf von 2 Jahren seit dem 01.10.2019 bzgl. der GOP 32362 und 32363 in Ziffer 4.82 dieser Honorarvereinbarung vorbehaltlich des Einvernehmens der Trägerorganisationen des BA bzw. einer Entscheidung des EBA die Leistungen in die MGV ab dem 01.10.2021 nach Maßgabe des dort in Bezug genommenen Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung vom

21. September 2016, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) oder entsprechender Folgebeschlüsse erfolgt. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2020 übernommen.

k) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 441. BA (HIV-Präexpositionsprophylaxe) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass für die Leistungen des Abschnitts 1.7.8 EBM nach Ziffer 4.83 dieser Honorarvereinbarung die Überführung in die MGV zum 01.10.2021 erfolgt, sofern nicht der BA von seinem Gestaltungsrecht bis zum 30.09.2021 Gebrauch macht und die EGV fortführt. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2020 übernommen.

l) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 441. BA (Nukleinsäurennachweis von HIV-RNA) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.10.2021, die Gebührenposition 32850 nach Ziffer 4.84 dieser Honorarvereinbarung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen ist (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 „Aufsatzwertebeschluss“). Dabei wird die anzuwendende Abstaffelungsquote in Nummer 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2020 übernommen.

m) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 449. BA (Anschubförderung der Videosprechstunde) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.10.2021, die Gebührenposition 01451 nach Ziffer 4.85 dieser Honorarvereinbarung ersatzlos zu streichen ist, da die Anschubfinanzierung für die Videosprechstunde ausläuft. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2020 übernommen. Sofern dieser Beschluss eine Änderung erfährt, werden die dadurch bedingten Änderungen in einem Nachtrag umgesetzt.

n) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 451. BA (Optische Kohärenztherapie) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab dem 01.10.2021, die Gebührenpositionen 06336, 06337, 06338 und 06339 nach Ziffer 4.86 dieser Honorarvereinbarung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen ist (mit Eindeckelung nach Nr. 2.2.1.2 „Aufsatzwertebeschluss“). Dabei wird die anzuwendende Abstaffelungsquote in Nummer 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in die Honorarvereinbarung 2020 übernommen.

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

7. Den Vertragspartnern ist weiterhin bewusst, dass die Beanstandung des 426. Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 18.09.2018 Gegenstand eines Rechtsstreits beim LSG Berlin-Brandenburg unter dem Aktenzeichen L7KA47/18KL ist. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die nach einem nicht mehr anfechtbaren Urteil in diesem Rechtsstreit geltende oder herzustellende Beschlusslage rückwirkend auf die Honorarvereinbarung 2019 angewendet und insoweit - wenn notwendig - eine Rückabwicklung des Vertrages stattfindet.

8. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die in der 418. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung) zuletzt geändert durch den BA in seiner 439. Sitzung am 19.06.2019 angekündigten weiteren Beschlussfassungen zu den KV-spezifischen Kürzungsbeträgen bzgl. der Bereinigung aufgrund des Wegfalls des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste durch Übermittlung elektronischer Briefe umgesetzt werden und haben hierzu die Ziffer 3.2. der vorstehenden Honorarvereinbarung auf NN gesetzt.

9. Der 433. Bewertungsausschuss (22.01.2019) hat im Zusammenhang mit der Neubewertung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 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 Gebührenordnungsposition 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.

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

I. Abstimmung der vorläufigen MGV mit Platzhalter (Schritt 14a bzw. 15a Honorarvereinbarung 2019 Anlage 2) für die Bereinigung der MGV nach der TSVG-Abstimmungstabelle enthält für TSVG nur NULL-Werte sowie noch nicht die Auswirkungen der Morbiditätsrate aus Schritt 16 bzw. 17 Honorarvereinbarung 2019 Anlage 2 in Bezug auf die TSVG-Bereinigungsbeträge - unverändert.

II. Nach abgeschlossenem Abstimmungsverfahren erfolgt Bestätigung der vorläufigen MGV (ohne TSVG-Werte/ohne Auswirkungen der Morbiditätsrate auf die TSVG-Werte) durch die Hamburger Krankenkassen/-Verbände (Gesamtvertragspartner = rubrizierenden Partner der Honorarvereinbarung)

III. Die abgestimmte vorläufige MGV wird damit zur Grundlage der Honorar-rechnungslegung nach dem jeweiligen Gesamtvertrag ggü. der jeweiligen Krankenkasse.

Die Rechnungslegung ggü. der Krankenkasse wird wie folgt durchgeführt:

a. Vorläufig endgültige MGV unter Berücksichtigung der Rechenschritte aus der abgestimmten vorläufigen MGV sowie der sich aus Schritt 14a bzw. 15a und 16 bzw. 17 ergebenden Veränderungen

b. Ausweis der Summe der in Schritt 14a bzw. 15a der Anlage 2 zur Honorarvereinbarung 2019 dokumentierten TSVG-Bereinigungsbeträge

IV. Die KV Hamburg stellt mit der kassenindividuellen Rechnungslegung die kassenindividuellen detaillierten Berechnungstabellen (Anlage) für die TSVG-Bereinigung den Gesamtvertragspartnern (= rubrizierenden Partner der Honorarvereinbarung) gemäß Schritt 14a bzw. 15a Honorarvereinbarung 2019 Anlage 2 zur Verfügung. Darüber hinaus erhalten die vorgenannten Vertragspartner die MGV-Berechnung einschließlich TSVG-Bereinigung gemäß der Honorarvereinbarung 2019 Anlage 2 zur Endabstimmung.

V. Nach Durchführung der kassenindividuellen Prüfung der MGV-Berechnung unter Einschluss der TSVG-Bereinigung melden die Gesamtvertragspartner (= rubrizierenden Partner der Honorarvereinbarung) ihren Korrekturbedarf bei der KV Hamburg an oder bestätigen die endgültige MGV-Berechnung. Die Ordnungsfrist für die Abstimmung der endgültigen MGV beträgt maximal 4 Wochen, sie endet spätestens 3 Werktage vor dem Liefertermin der KASSRG-Daten. Für das Quartal II/2019 werden die Informationen von der KV Hamburg zeitnah zur Verfügung gestellt.

VI. Im Falle einer Differenz zwischen der vorläufigen endgültigen MGV aus der Rechnungslegung und der MGV aus der Endabstimmung, erfolgen die vollständigen Korrekturen mit der nächsterreichbaren Rechnungslegung. Darüber hinaus sind sich die Vertragspartner darüber einig, dass die vorstehenden Regelungen ausschließlich dem Zweck einer pragmatischen Vorgehensweise bei der Abstimmung der MGV und der Rechnungslegung in Bezug auf die TSVG-Bereinigung dienen und eine Änderung der zwischen den Gesamtvertragspartnern bestehenden Regelungen zur Abstimmung und Rechnungslegung nicht beabsichtigt ist.

Anlage zu Ziffer 4 der Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2020 **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg**

Nachweis zur TSVG-Bereinigung gem. 439/452. BA
für das Quartal XX/2020

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

Zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg)**

und

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

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird die folgende

Honorarvereinbarung 2020
i. d. F. des 5. Nachtrages

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitlich vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2020“ Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Präambel

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

1. Regionale Gebührenordnung

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

2. Regionaler Punktwert

Der Punktwert zur Berechnung der regionalen EUR-Gebührenordnung beträgt 11,1429 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 1,419 Prozent (0,1558 Cent) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 10,9871 Cent als Orientierungswert.

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

3. Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des nach Maßgabe der nachstehenden Ziffern 3.1 bis 3.11 sowie den Vorgaben und Empfehlungen des 383. BA in seiner Sitzung am 21.09.2016 zuletzt geändert mit Beschluss des BA in seiner 451. Sitzung (Beschlussfassung vom 17.09.2019) und etwaigen Folgebeschlüssen des BA bzw. EBA (im Folgenden „Aufsatzwertebeschluss“) ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals und dem Punktwert nach Ziffer 2. Die Berechnung erfolgt für jedes Quartal des Jahres 2020 getrennt.

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

3.2

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

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

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

3.2.4 Mit Wirkung ab 01.07.2020 bis 30.06.2021 (Quartale 3/2020 bis 2/2021) wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in Umsetzung des 507. BA (schriftliche Beschlussfassung), 507. BA Teil B geändert und neu gefasst durch den 509. BA (schriftliche Beschlussfassung) aufgrund der Neubewertung der ärztlichen Leistung infolge des Wegfalls von Aufbereitungskosten für mehrfach verwendbare Instrumente wie folgt abgesenkt: Der Minderbedarf ergibt sich für die Quartale 3/2020 bis 2/2021 durch Multiplikation der jeweiligen Differenz der alten und neuen Bewertung der GOPen 04511, 08311 (mit Ausnahme der GOP 08311T), 08334, 09315, 09317, 13260, 13400, 13401, 13402, 13662, 26310 (mit Ausnahme der GOP 26310T),

26311 (mit Ausnahme der GOP 26311T) und 30601 jeweils einschließlich Suffices mit der Häufigkeit der entsprechenden GOPen im jeweiligen Quartal des Jahres 2019.

3.2.5 Mit Wirkung ab 01.07.2020 bis 30.06.2021 (Quartale 3/2020 bis 2/2021) wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um den erwarteten Mehrbedarf für Endoskopische Zusatzinstrumente als Einmalprodukt in Umsetzung des 507. BA (schriftliche Beschlussfassung), 507. BA Teil B geändert und neu gefasst durch den 509. BA (schriftliche Beschlussfassung) für die GOP 40460, 40461 und 40462 wie folgt basiswirksam erhöht:

- -für die GOP 40460 durch Multiplikation der aufsummierten Häufigkeiten der GOPen 08334, 13260, 13401, 13402 und 30601 einschließlich Suffices im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 mit 7,26 Euro dividiert durch den regionalen Punktwert des Jahres 2020 für die Quartale 3/2020 und 4/2020 beziehungsweise des Jahres 2021 für die Quartale 1/2021 und 2/2021,
- für die GOP 40461 durch Multiplikation der aufsummierten Häufigkeiten der GOPen 04511, 08311 (mit Ausnahme der GOP 08311T), 09315, 09317, 13400, 13662, 26310 (mit Ausnahme der GOP 26310T) und 26311 (mit Ausnahme der GOP 26311T) einschließlich Suffices im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 mit 4,12 Euro dividiert durch den regionalen Punktwert des Jahres 2020 für die Quartale 3/2020 und 4/2020 beziehungsweise des Jahres 2021 für die Quartale 1/2021 und 2/2021,
- für die GOP 40462 durch Multiplikation der aufsummierten Häufigkeiten der GOPen 04511 und 13400 einschließlich Suffices im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 mit 1,87 Euro dividiert durch den regionalen Punktwert des Jahres 2020 für die Quartale 3/2020 und 4/2020 beziehungsweise des Jahres 2021 für die Quartale 1/2021 und 2/2021.

3.2.6 Mit Wirkung ab 01.07.2020 bis 30.06.2021 (Quartale 3/2020 bis 2/2021) wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um den erwarteten Mehrbedarf für die Abbildung der Kosten für Programmier- und Auslesegeräte kardialer Implantate (GOP 04417 und 13577) in Umsetzung des 506. BA (schriftliche Beschlussfassung) basiswirksam erhöht. Der Erhöhungsbetrag für das jeweilige Quartal ergibt sich, indem die aufsummierten Häufigkeiten der GOP 04411, 04413, 04415, 13571, 13573 und 13575 einschließlich Suffices im jeweiligen Vorjahresquartal mit 40 Punkten multipliziert werden.

3.2.7 Mit Wirkung ab dem 01.10.2020 bis 30.09.2021 (Quartal 4/2020 bis 3/2021) wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in Umsetzung des 511. BA in seiner Sitzung vom 11.08.2020 um den erwarteten Mehrbedarf für die Gebührenordnungspositionen 13691 und 13692 einschließlich Suffices wie folgt erhöht: Der Erhöhungsbetrag ergibt sich für die Quartale 4/2020 bis 3/2021 durch Multiplikation des jeweiligen Differenzbetrags der alten und neuen Bewertung der

Gebührenordnungspositionen 13691 und 13692 mit der Häufigkeit der entsprechenden Gebührenordnungspositionen im Jahr 2019.

3.3

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

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

1. Mit Wirkung vom 01.10.2019 bis 30.09.2020 (Quartal 4/2019 bis 3/2020) in Umsetzung des 408. BA (schriftliche Beschlussfassung) werden die Punktmengen der Leistungen der Honorarvereinbarung 2018 und 2019 nach der Ziffer 4.56. Leistungen nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM („Palliativmedizinische Versorgung“) zugesetzt. Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird nicht auf 1,0 festgesetzt.

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

Die Ermittlung der KV-spezifischen Auszahlungsquote ist entsprechend der für die TSVG-Bereinigung gefassten Beschlüsse in der 443. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zum Nachweis der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten anhand der Datei AUSZQ_SUM_02 vorzunehmen.

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

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

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

4. Mit Wirkung ab 01.07.2020 bis 30.06.2023 (Quartale 3/2020 bis 2/2023) wird der Behandlungsbedarf im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste aufgrund der Übermittlung elektronischer Briefe gemäß des 480. BA (schriftliche Beschlussfassung) angepasst. Für das 3. Quartal 2020 und 4. Quartal 2020 werden jeweils 1.337.000 Punkte basiswirksam abgezogen.

5. Mit Wirkung ab 01.07.2020 bis 30.06.2021 (Quartale 3/2020 bis 2/2021) wird der Behandlungsbedarf in Umsetzung des 504. Beschlusses (schriftliche Beschlussfassung) in jedem der vier Quartale basiswirksam um einen Betrag in H.v. 630.545 Punkten abgesenkt.

3.3.2

(1) Die KV Hamburg hatte in einer aufwändigen wissenschaftlichen Studie im Jahr 2017[1] festgestellt, dass die Versorgungskapazitäten der Kinderärzte in Hamburg ausgelastet sind. Insbesondere wurde deutlich, dass im Bereich der Grundversorgung von Kindern der Altersgruppe 0-4 Jahre einem möglichen Versorgungsengpass nur durch eine Mengenausweitung begegnet werden kann. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat hierzu in seiner Sitzung vom 25.04.2018[2] maßgebliche Feststellungen getroffen.

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

---

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

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

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

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

(5) Der vereinbarten Systematik in Ziffer 3.3.2 Absatz 3 dieser Regelungen in der Honorarvereinbarung 2019 folgend, sind für das Jahr 2020 noch für die verbliebenen 2 Quartale (1/2020 und 2/2020) in Form einer Obergrenze für die Fördermaßnahme entsprechende Überführungen (Eindecklungen) in die MGV vorzunehmen, wie sie bereits für die Quartale 3/2019 und 4/2019 vereinbart und umgesetzt worden sind.

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

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

(8) Die Förderung bezieht sich auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Die Honorierung der Kinderärzte, die das Ziel der Förderung erreichen, bestimmt sich ausschließlich nach den Regelungen des Verteilungsmaßstabes. Ein Anspruch von Kinderärzten auf eine unmittelbare Vergütung aus dem Fördervolumen ist ausgeschlossen.

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

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

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

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

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

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

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

3.5

3.5.1 Sofern Kassen gemäß Nr. 4.7 des 400. BA in seiner Sitzung am 31.08.2017 sowie den ergänzenden Vorgaben im 463. BA (schriftliche Beschlussfassung) („Bereinigungsbeschluss“) bzw. mit Wirkung ab dem 01.04.2020 gemäß des 489. BA (schriftliche Beschlussfassung) auf eine Bereinigung verzichten, wird der gemäß Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung festgestellte Behandlungsbedarf gemäß Nr. 4.7 Ziffer 7 des vorgenannten Beschlusses um die Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina aller betroffenen Kassen vermindert.

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

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

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

3.6.1 Der gemäß Ziffer 3.1 festgestellte und gemäß Ziffer 3.2 bis 3.5, mit Ausnahme von Ziffer 3.3.2, angepasste Behandlungsbedarf wird gemäß Ziffer 2.2.2 des 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 Der kassenspezifische Behandlungsbedarf gemäß Ziffer 3.7.1 wird gemäß des zur Bereinigung (TSVG-Konstellationen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V) getroffenen 439. BA - Beschlussteil C - vom 19.06.2019 zuletzt geändert durch den 444. BA (schriftliche Beschlussfassung) und den 452. BA (schriftliche Beschlussfassung) sowie etwaige in Bezug auf die Bereinigung ergehende Folgebeschlüsse nach den dort getroffenen Regelungen in Nr. 1 bis 6 bereinigt.

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

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

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

1. Das aufgrund rechts- und bzw. oder bestandskräftiger Entscheidungen kassenspezifisch festgestellte Punktzahlvolumen wird im nächsterreichbaren der Leistungserbringung entsprechenden Quartal vor Anwendung der Ziffer 3.8 dieser Honorarvereinbarung dem kassenspezifisch ermittelten Aufsatzwert zugesetzt.

2. Hierbei ist die vorgenannte Punktzahlmenge mit der bei der Bereinigung angewandten arztgruppenspezifischen Auszahlungsquote zu multiplizieren.

3. Ferner sind die jeweiligen für die entsprechenden Quartale vom Zeitpunkt der Bereinigung bis zur Korrektur 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 des Aufsatzwertbeschlusses. Dabei erfolgt die Gewichtung der gemäß des 441. BA-Beschluss (Sitzung am 14.08.2019) berechneten Veränderungsraten zu 50 Prozent anhand der Demografie (-0,3973% * 50 % = -0,19865 %) und zu 50 Prozent anhand der Diagnosen (-1,0130 % * 50 % = -0,5065 %). Der Aufsatzwert wird damit um -0,7052 Prozent abgesenkt.

3.9

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

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

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

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

3.9.5 Mit Wirkung ab 01.07.2020 bis 30.06.2021 (Quartale 3/2020 bis 2/2021)wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung jeweils in jedem der vier Quartale in Umsetzung des 504. Beschlusses (schriftliche Beschlussfassung) nicht basiswirksam um den Betrag von 34.829 Euro abgesenkt. Die Aufteilung auf die Krankenkassen erfolgt nach Ziffer 3.6.1, d.h. nach den jeweiligen Leistungsbedarfsanteilen gemäß Nummer 2.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen.

3.10 Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4. dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht kann ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V unter Beachtung der diesbezüglichen Empfehlungen des BA gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V begründet werden. Insoweit eine Nachschusspflicht nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V besteht, werden die diese betreffenden Regelungen in Nr. 8 dieses Vertrages verortet. Insbesondere kann keine Nachschusspflicht aus Regelungen zur Honorarverteilung resultieren.

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

4. Extrabudgetär vergütete Leistungen

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

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

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

4.3 Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

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

4.5 Leistungen des Hautkrebsscreenings nach der GOP 01745, 01746,

4.6 Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

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

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

4.9 bis 31.03.2020 Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:

01510X bis 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08540 bis 08542, 08540X bis 08542X, 08550 bis 08552, 08550X bis 08552X, 08560, 08560X, 08561, 08561X, 08575X, 08575, 08576X, 08576,11301X, 11302X, 11351X, 11352X, 11501X bis 11503X, 11501 bis 11503, 11506X, 11506, 11508, 11508X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X und 36822X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den GOPen 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32614X, 32618X, 32660X und 32781X.

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

ab 01.04.2020 Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:

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

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

4.10 ab dem 01.04.2020:
Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den GOP 01949 bis 01953 sowie nach der GOP 01960,

4.11 Excisionen beim Hautkrebsscreening nach den GOP 10343 und 10344,

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

4.13 ab dem 01.04.2020 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 Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung nach der GOP 01833 des Abschnittes 1.7.5 im EBM,

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

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

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

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

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

4.29

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

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

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

4.30 NN

4.31 Leistung gemäß GOP 34601 (Osteodensitometrische Untersuchung II),

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

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

4.34 NN

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

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

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

4.38

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

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

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

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

4.39 Leistungen der Rheumatologie nach den GOP 13690 bis 13692,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.49 die GOP 01450 („Videosprechstunde“),

4.50 NN

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

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

4.53 die GOP 35151 und 35152 („Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung“),

4.54 NN

4.55 Leistungen nach den GOP 01702 und 01703 („Pulsoxymetrie-Screening“),

4.56 NN

4.57 Leistungen nach dem Abschnitt 37.3 EBM („besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“,

4.58 Leistungen nach den GOP 02325 bis 02328 („Epilation mittels Laser“),

4.59 Leistungen nach den GOP 01460, 01461 und 01626 (Verordnung von Cannabis),

4.60 Leistungen nach den GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943 und 32948 bis 32949 (HLA-Antikörperdiagnostik),

4.61 die GOP 08312, 08313, 26316 und 26317, die Kostenpauschale 40161 sowie die GOP 08311, 26310 und 26311, die in derselben Sitzung mit den GOPen 08312 oder 26316 erbracht werden (transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin),

(Die Kennzeichnung von Zystoskopien nach den GOPen 08311, 26310 und 26311 bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin nach den GOPen 08312 bzw. 26316 durchgeführt wird, erfolgt anhand bundeseinheitlich kodierter Zusatzkennzeichen.)

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

4.63 ab dem 01.04.2020 Kostenpauschalen 86900 (Versandpauschale eArztbrief) und 86901 (Empfangspauschale eArztbrief) gemäß der Richtlinie über die Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291f SGB V sowie Anlage 8 zur Anlage 32 BMV-Ä,

4.64 bis 31.03.2021 Leistungen nach der GOP 01611 („Verordnung von medizinischer Rehabilitation“),

4.65 Leistungen nach den GOP 32459 („Procalcitonin (PCT)“), 32774 und 32775 („Zuschläge für die Durchführung von phänotypischen Bestätigungstesten“),

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

4.67 Leistungen nach den GOP 30210, 30212, 30216 und 30218 („hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“),

4.68 Leistungen nach der GOP 01650 („Zuschlag DeQS-RL, nosokomiale Infektionen“),

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

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

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

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

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

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

4.75 N.N,

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

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

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

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

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

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

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

(TSVG-Konstellation: Hausarzt-Vermittlungsfall),

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

(TSVG-Konstellation: Neupatient),

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

(TSVG-Konstellation: Offene Sprechstunde),

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.94 ab dem 01.04.2020 Leistungen nach den GOP 04538 und 13678 sowie die Kostenpauschale nach der GOP 40167 („FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab“),

4.95 ab dem 01.04.2020 Leistungen nach der GOP 32866 („Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus“),

4.96 ab dem 01.07.2020 Leistungen nach der GOP 01660 („Zuschlag zur eArztbrief-Versandpauschale“),

4.97 ab dem 15.06.2020 bis 31.03.2021 Leistungen nach den GOP 02402, 12221, 32811 und 40101 („Corona-Warn-App“),

4.98 ab dem 01.07.2020 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 ab dem 01.10.2020 Leistungen nach der GOP 01517 („Gabe von Siponimod“),

4.100 Zuschläge auf Hausbesuche und Covid-Sprechstunden aufgrund der Corona-Pandemie vom 01.04.2020 bis 31.12.2020

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

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

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

4.100.1 Zuschlag Hausbesuch

Die Vertragspartner vereinbaren für jeden Patienten (a) für den Fall unaufschiebbarer Arztbesuche (b), die im Wege eines Hausbesuchs durchgeführt werden, einen Zuschlag in Höhe von 10 EUR (GOP 98241) auf die nach der regionalen Euro-Gebührenordnung für die nach den Bestimmungen des EBM in diesen Fällen abrechnungsfähigen Besuche (GOP 01410 - 01412 und GOP 01414 - 01416 und GOP

01418 EBM). Ein Patient, der aufgrund behördlicher Verfügung in Quarantäne lebt, alarmiert bei Beschwerden seinen Haus- / Facharzt oder den „Arztruf Hamburg“. Die Unaufschiebbarkeit des Arztbesuches muss durch den hierfür vorab telefonisch durch den Patienten kontaktierten Arzt oder den „Arztruf Hamburg“- Arzt festgestellt werden.

4.100.2 Zuschlag Covid-Sprechstunde

Ferner wird für jeden Patienten (a) für den Fall unaufschiebbarer Arztbesuche (b), die aufgrund einer Vermittlung (c) in der Facharztpraxis im Rahmen einer Covid-Sprechstunde (d) vorgenommen werden, ein Zuschlag in Höhe von 10 EUR (GOP 98242) auf die nach den Bestimmungen des EBM in dem Quartal der Inanspruchnahme abrechnungsfähige Versicherten-/Grund und Konsiliarpauschalen (e) vereinbart. Ein Patient, der aufgrund behördlicher Verfügung in Quarantäne lebt, alarmiert bei Beschwerden seinen Hausarzt oder den „Arztruf Hamburg“. Die Unaufschiebbarkeit des Facharztbesuches in einer Covid-Sprechstunde muss durch den Hausbesuch, den Hausarzt oder den „Arztruf Hamburg“- Arzt festgestellt werden. Die Covid-Sprechstunde kann nur auf Überweisung und nach Zuteilung eines Termins in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme des Termins erfolgt ausschließlich durch ein geeignetes Transportmittel.

Folgende Definitionen sind maßgeblich:

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

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

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

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

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

4.101 ab dem 01.10.2020 Leistungen nach der GOP 32867 („Genotypisierung zur Bestimmung des DPD-Metabolisierungsstatus“),

4.102 ab dem 01.10.2020 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 ab dem 01.10.2020 Leistungen nach der GOP 32779 („Direktnachweis von SARS-CoV-2 mittels Antigentest"),

4.104 ab dem 01.10.2020 Leistungen nach den GOP 01670 bis 01672 („vertragsärztliche und sektorenübergreifende Telekonsile gem. der Telekonsilien-Vereinbarung"),

4.105 ab dem 07.10.2020 Leistungen nach den GOP 40128 und 40129 („Kostenpauschalen postalische Versendung"),

4.106 ab dem 15.11.2020 Leistungen des Abschnitts 30.3.2 EBM (Tumortherapiefelder (TTF) zur Behandlung des Glioblastoms),

5. Zuschläge auf besonders förderungswürdige Leistungen

5.1 Hyposensibilisierungsbehandlungen

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

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

Für die Patienten ist die Behandlung mit Unannehmlichkeiten verbunden, weshalb das Thema „Compliance" eine wichtige Rolle spielt. Den Vertragspartnern ist bewusst, dass ein Anstieg der Gesamtzahl von allergischen Patienten im Gegensatz zu einem gleichzeitig unterproportionalen Anteil von Patienten, die eine spezifische Immuntherapie erhalten, existiert. Infolge dessen könnten zusätzliche Kosten im Gesundheitswesen durch die Progredienz der Erkrankungen entstehen, z. B. durch eine Zunahme des allergischen Asthmas.[4] Ebenso ist die medikamentöse

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

Behandlung allergischer Symptome unter Kostengesichtspunkten zu berücksichtigen und unter medizinischen Gesichtspunkten mit Blick auf mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten ggf. problematisch.

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

6. Wegepauschalen

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

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

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

3,53 EUR (Abrechnungsnummer: 97234);

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

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

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97235);

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

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

10,14 EUR (Abrechnungsnummer: 97236);

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

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

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97237);

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

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

10,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97238);

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

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

14,55 EUR (Abrechnungsnummer: 97239);

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

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

11,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97160);

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

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

16,32 EUR (Abrechnungsnummer: 97161).

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

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

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

6.4. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale der KV Hamburg mit einem Fahrdienst ausgeführt, so werden die Beträge für Wegeentschädigungen nicht an den Arzt abgeführt, sondern als Kosten des Notfalldienstes einbehalten. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale nicht mit einem Fahrdienst, sondern im eigenen Wagen des Arztes ausgeführt, so erhält der Arzt in einem generell im Notfalldienst mit Fahrdienst befahrenen Bezirk den von den Kostenträgern gemäß der Verträge über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen vom

13.03.2006 in der jeweils gültigen Fassung zu zahlenden Pauschalbetrag. Dies gilt nicht für Leistungen, die von Vertragsärzten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten sowie bei gegenseitiger Vertretung erbracht werden.

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

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

7. Belegärztliche Leistungen

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

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

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

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

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

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

c) Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen des Kapitels 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung, die mit mindestens 6,00 EUR bewertet sind, werden mit den Sätzen der regionalen

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

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

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

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

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

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

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

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.

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

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

8.3 Die Umsetzung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund des klinischen Verdachts auf eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) erfolgt gemäß des 490. BA (schriftliche Beschlussfassung) wie nachfolgend beschrieben:

Für den Zeitraum vom 1. Februar bis 31. März 2020 dokumentiert der behandelnde Arzt in der Abrechnung anhand der Ziffer 88240, dass Leistungen aufgrund des klinischen Verdachts auf eine Infektion oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) erforderlich sind. Die extrabudgetäre Vergütung aufgrund des nichtvorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs umfasst im ersten Quartal 2020 alle Leistungen im Behandlungsfall, die von der Arztgruppe des die Ziffer 88240 dokumentierenden Arztes abgerechnet werden.

Für den Zeitraum vom 1. April 2020 bis 30.September 2020 ist die Ziffer 88240 jeweils an den Tagen, an denen eine Behandlung aufgrund des klinischen Verdachts auf eine Infektion oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) erforderlich wird, vom behandelnden Arzt in der Abrechnung zu dokumentieren. Der extrabudgetären Vergütung aufgrund des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs unterliegen in einem Abrechnungsquartal die von der Arztgruppe des die Ziffer 88240 dokumentierenden Arztes an den Tagen mit Dokumentation der Ziffer 88240 abgerechneten Leistungen sowie die von der Arztgruppe des die Ziffer 88240 dokumentierenden Arztes abgerechneten Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen, Zusatzpauschalen für Pneumologie (GOP 04530 und 13650) und Zusatzpauschalen fachinternistische Behandlung (GOP 13250).

Für den Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis 31. Dezember 2020 ist die Ziffer 88240 jeweils an den Tagen, an denen eine Behandlung aufgrund des begründeten klinischen Verdachts (Vorliegen COVID-19-typischer Symptomatik wie akute respiratorische Symptome oder Verlust von Geruchs- und Geschmackssinn oder klinische oder radiologische Hinweise auf eine virale Pneumonie) auf eine Infektion oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) erforderlich wird, vom behandelnden Arzt in der Abrechnung zu dokumentieren. Der Vergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs unterliegen in einem Abrechnungsquartal die von der Arztgruppe des die Ziffer 88240 dokumentierenden Arztes an den Tagen mit Dokumentation der Ziffer 88240 abgerechneten Leistungen sowie die von der Arztgruppe des die Ziffer 88240 dokumentierenden Arztes abgerechneten Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen, Zusatzpauschalen für Pneumologie (GOP 04530 und 13650) und Zusatzpauschalen fachinternistische Behandlung (GOP 13250).

Verrechnungsverfahren im 4. Quartal 2020:

Die Verrechnung der kassenseitigen Nachzahlungen für die nach den vorstehenden Vorgaben des Bewertungsausschusses im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie als Ausnahmeereignis für einen nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V gekennzeichneten Leistungen mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs erfolgt nach dem im 539. BA in Nr. 1 – 6 beschriebenen Verrechnungsverfahren unter Beachtung der hierzu ggf. noch zu treffenden Folgebeschlüsse insbesondere betreffend die Datenlieferungen. Die KV Hamburg teilt den auf diese Art und Weise ermittelten Rückerstattungsbetrag der jeweiligen Krankenkasse im Rahmen der Rechnungslegung mit.

9. Sachlich-rechnerische Berichtigungen

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

10.1 Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V

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

10.2 Honorarkürzungen nach § 291 Abs. 2b Satz 9 SGB V (ab 20.10.2020: § 291b Abs. 5 Satz 1 SGB V)

Honorarkürzungen, die die KV Hamburg gemäß § 291 Abs. 2b Satz 9 SGB V (ab 20.10.2020: § 291b Abs. 5 Satz 1 SGB V) in Fällen der nicht erfolgten Durchführung der Prüfung nach § 291 Abs. 2b Satz 2 SGB V (ab 20.10.2020: §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 § 291 Abs. 2b Satz 9 SGB V (ab 20.10.2020: § 291b Abs. 5 Satz 1 SGB V). § 291 Abs. 2b Satz 11 und 12 SGB V (ab 20.10.2020: § 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 § 291 Abs. 2b Satz 9 SGB V (ab 20.10.2020: § 291 b Abs. 5 Satz 1 SGB V)

Für den Fall, dass Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V und § 291 Abs. 2b Satz 9 SGB V (ab 20.10.2020: § 291b Abs. 5 Satz 1 SGB V) zusammenfallen, werden die Kürzungsbeträge jeweils auf das Gesamthonorar erhoben.

11. Kostenerstattung

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

12. Verspätet eingereichte Behandlungsausweise

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

13. Sonstiges

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

Hamburg, den 23.12.2020

……..…..
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

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

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

……..…..
IKK classic

……..…..
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Nord, Hamburg

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

Honorarvereinbarung 2020 vom 24.01.2020

Anlage 1
zur Honorarvereinbarung 2020

Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg

wird noch ausgeführt

Honorarvereinbarung 2020 vom 24.01.2020

Anlage 2
zur Honorarvereinbarung 2020

Quartal 1/2020

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

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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
5.	3.3.1 Nr. 2	Abzug der Punktmengen der Leistungen GOP 01835, 01836 und 01837 (Transkodierungsregelung für die GOP 01841), 11230 und 11233 bis 11236: **(Punktmenge VJQ * arztgruppenspezifische Auszahlungsquote der Fachgruppe Humangenetik (22) VJQ_AUSZQ_SUM_02)**	x	x
5.a		**= Schritt 4.a - Schritt 5.**		
6.	3.3.2	Berücksichtigung der aus dem **Fördervolumen Kinderärzte** überführten Mittel des VJQ zur basiswirksamen MGV-Erhöhung **Fördervolumen Kinderärzte des VJQ Formblatt 3 (Vorgang 050 / Punktwert 0,111429 EUR)**	x	x
6.a		**= Schritt 5.a + Schritt 6.**	x	x
7.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung: **ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)**	x	
7.a		**= Schritt 6.a - Schritt 7.**	x	
8.	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5.1 der Honorarvereinbarung (SV_BEVERZICHT_SUM) **Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung**	x	x
8.a		**= Schritt 7.a - Schritt 8.**	x	x
9.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten **= Schritt 8.a * 0,0690 %**	x	
10.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten **= Schritt 8.a + Schritt 9.**	x	x

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
11.a	3.6.1	**Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ in Euro (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).** Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“.	x	x
11.b	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
11.c	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
11.d	3.6.1	**= Schritt 11.a - Schritt 11.b + Schritt 11.c**	x	x
11.e		**Umrechnung in Punkte** **= Schritt 11.d / Punktwert 0,109813 EUR**		
12.	3.6.1	**Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge** nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
12.a		**= Schritt 11.e - Schritt 12.**		
13	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 1 der HON genannten Leistungen **(Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM)** im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)	x	x
13.a		**= Schritt 12.a + Schritt 13.**	x	x

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

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
22.e	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf **= Schritt 21. + Schritt 22.d**	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.e - Schritt 23.**	x	x
25.	2.	Kassenspezifische **MGV in Euro** **= Schritt 24. * Punktwert 0,111429 EUR**	x	x

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

Quartal 2/2020

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

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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
5.a		**= Schritt 4.a - Schritt 5.**	x	
6.	3.3.1 Nr. 3	**Anhebung des Behandlungsbedarfs** für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der **GOP 01700, 01701, 01823, 01824 und 01840 sowie der Kostenpauschale 40100**: **+ 992.000 Punkte**	x	
6.a		**= Schritt 5.a + Schritt 6.**	x	
7.	3.3.2	Berücksichtigung der aus dem **Fördervolumen Kinderärzte** überführten Mittel des VJQ zur basiswirksamen MGV-Erhöhung **Fördervolumen Kinderärzte des VJQ Formblatt 3 (Vorgang 050 / Punktwert 0,111429 EUR)**	x	x
7.a		**= Schritt 6.a + Schritt 7.**	x	
8.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung: **ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)**	x	
8.a		**= Schritt 7.a - Schritt 8.**	x	
9	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5.1 der Honorarvereinbarung (SV_BEVERZICHT_SUM) **Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung**	x	x
9.a		**= Schritt 8.a - Schritt 9.**	x	
10.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffektes in Punkten **= Schritt 9.a * 0,0690 %**		x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
11.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten **= Schritt 9.a + Schritt 10.**	x	x

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

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

14.a		**= Schritt 13.a + Schritt 14.**	x	x
14.b	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die nach Ziffer 3.3.1 Nr. 2 der HON genannten Leistungen **(GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236)** im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)	x	x
15.		Angepasste Leistungsmenge in Punkten **= Schritt 14.a - Schritt 14.b**	x	x
16.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf **= Schritt 15. Einzelkasse / Schritt 15. GKV-weit**	x	x
17.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten **= Schritt 11. * 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**	x	x
18.a		**= Schritt 17. + Schritt 18.**	x	x

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
19.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: **= Schritt 18.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)**	x	x
20.	3.7.1.1	Ermittlung der basiswirksamen Bereinigungsbeträge für die TSVG-Konstellationen nach Maßgabe von Ziffer 3.7.1.1 der Honorarvereinbarung (siehe Anlage zu Ziffer 4 der Protokollnotiz HON 2020) **Angabe der Punktmenge (Euro-Betrag unter Berücksichtigung AUSZQ aus Rechnungslegung / Punktwert 0,111429 EUR)**	x	x
21.	3.7.1.1	Subtraktion der basiswirksamen Bereinigungsbeträge für die TSVG-Konstellationen nach Maßgabe von Ziffer 3.7.1.1 der Honorarvereinbarung **= Schritt 19. - Schritt 20.**	x	x
22.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate **= Schritt 21. + (Schritt 21. * - 0,7052 %)**	x	x
23.a	3.9.1	**Gesamtbereinigungsmengen des VJQ**	x	x
23.b	3.9.1	**Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ** unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.2 HON von + 0,0690 %, sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV-EGV Abgrenzung	x	x
23.c	3.9.1	**Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten** **= Schritt 23.b / KASSRG87aMGV _IK im VJQ**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
23.d	3.9.1	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge **= Schritt 23.c * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - KASSRG87aMGV _IK im VJQ)**	x	x
23.e	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf **= Schritt 22. + Schritt 23.d**	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.e - Schritt 24.**	x	x
26.	2.	Kassenspezifische **MGV in Euro** **= Schritt 25. * Punktwert 0,111429 EUR**	x	x

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

Quartal 3/2020

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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen VJQ (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: **KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)**	x	x
2.	3.2.2	Absenkung des Behandlungsbedarfs zum Ausgleich von Einsparungen bei anderen GOP i.Z.m. der Aufnahme der Leistungen im Abschnitt 1.7.3.2.2 des EBM: **519.000 Punkte**	x	
2.a		**= Schritt 1. - Schritt 2.**	x	
3.	3.2.3	Addition des erwarteten Mehrbedarfes für die Höherbewertung der GOP 26310 und 26313 *(ggf. einschließlich Suffixe und Pseudoziffern)* **(Häufigkeit der GOP 26310 im VJQ * 306 Punkte * KV-spezifische Abstaffelungsquote) + (Häufigkeit der GOP 26313 im VJQ * 31 Punkte * KV-spezifische Abstaffelungsquote)**	x	x
3.a		**= Schritt 2.a + Schritt 3.**	x	
3.b	3.2.4	Absenkung der MGV aufgrund der Neubewertung der ärztlichen Leistung infolge des Wegfalls von Aufbereitungskosten für mehrfach verwendbare Instrumente **(Differenz zwischen der jeweiligen alten und neuen Bewertung der GOP 04511, 08311 [mit Ausnahme der GOP 08311T], 08334, 09315, 09317, 13260, 13400, 13401, 13402, 13662, 26310 [mit Ausnahme der GOP 26310T], 26311 [mit Ausnahme der GOP 26311T] und 30601, jeweils einschließlich Suffices) * Häufigkeit der entsprechenden GOP im entsprechenden Quartal des Jahres 2019**	x	x
3.c		**= Schritt 3.a - Schritt 3.b**	x	

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
3.d	3.2.5	Erhöhung der MGV aufgrund des erwarteten Mehrbedarfs für die GOP 40460 **(Summe der Häufigkeiten der GOP 08334, 13260, 13401, 13402 und 30601 einschließlich Suffices im jeweiligen Quartal des Jahres 2019) * 7,26 Euro / regionaler Punktwert des Jahres 2020**	x	x
3.e	3.2.5	Erhöhung der MGV aufgrund des erwarteten Mehrbedarfs für die GOP 40461 **(Summe der Häufigkeiten der GOP 04511, 08311 [mit Ausnahme der GOP 08311T], 09315, 09317, 13400, 13662, 26310 [mit Ausnahme der GOP 26310T] und 26311 [mit Ausnahme der GOP 26311T] einschließlich Suffices im jeweiligen Quartal des Jahres 2019) * 4,12 Euro / regionaler Punktwert des Jahres 2020**	x	x
3.f	3.2.5	Erhöhung der MGV aufgrund des erwarteten Mehrbedarfs für die GOP 40462 **(Summe der Häufigkeiten der GOP 04511 und 13400 einschließlich Suffices im jeweiligen Quartal des Jahres 2019) * 1,87 Euro / regionaler Punktwert des Jahres 2020**	x	x
3.g		**= Schritt 3.c + Schritt 3.d + Schritt 3.e + Schritt 3.f**	x	
3.h	3.2.6	Erhöhung der MGV aufgrund des erwarteten Mehrbedarfs der GOP 04417 und 13577 **(Summe Häufigkeiten der GOP 04411, 04413, 04415, 13571, 13573 und 13575 einschl. Suffices im VJQ) * 40 Punkte**	x	x
3.i		**= Schritt 3.g + Schritt 3.h**	x	
4.	3.3.1 Nr. 1	Addition der Punktmengen der Leistungen der HON 2019 nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM (Abstaffelungsquote wird nicht auf 1,0 festgesetzt): **(Punktmenge VJQ * Abstaffelungsquote)**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
4.a		**= Schritt 3.i + Schritt 4.**	x	
5.	3.3.1 Nr. 2	Abzug der Punktmengen der Leistungen GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236: **(Punktmenge VJQ * arztgruppenspezifische Auszahlungsquote der Fachgruppe Humangenetik (22) VJQ_AUSZQ_SUM_02)**	x	x
5.a		**= Schritt 4.a - Schritt 5.**	x	
6.	3.3.1 Nr. 3	Anhebung des Behandlungsbedarfs für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der GOP 01700, 01701, 01823, 01824 und 01840 sowie der Kostenpauschale 40100: **+ 992.000 Punkte**	x	x
6.a		**Schritt 5.a + Schritt 6.**	x	
7.	3.3.1 Nr.4	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste **1.337.000 Punkte**	x	
7.a		**= Schritt 6.a – Schritt 7**	x	
7.b	3.3.1 Nr. 5	Anpassung des Behandlungsbedarfs ab 3/2020 im Zusammenhang mit der Umsetzung des 504. BA basiswirksam um **630.545 Punkte**	x	
7.c		**= Schritt 7.a – Schritt 7.b**	x	
8.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung: **ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)**	x	

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
8.a		**= Schritt 7.c - Schritt 8**	x	
9.	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5.1 der Honorarvereinbarung (SV_BEVERZICHT_SUM) **Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung**	x	x
9.a		**= Schritt 8.a - Schritt 9.**	x	
10.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten **= Schritt 9.a * 0,0690 %**		x
11.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten **= Schritt 9.a + Schritt 10.**	x	x

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
12.a	3.6.1	**Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ in EURO (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**. Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“.	x	x
12.b	3.6.1	**Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet** sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich **abgezogen**.	x	x
12.c	3.6.1	**Bereichsfremde Leistungen, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet** sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich **hinzuaddiert**.	x	x
12.d	3.6.1	**= Schritt 12.a - Schritt 12.b + Schritt 12.c**	x	x
12.e		**Umrechnung in Punkte** **= Schritt 12.d / Punktwert 0,109813 EUR**		

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
13.	3.6.1	**Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge** nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
13.a		**= Schritt 12.e - Schritt 13.**	x	x
14.	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die Ziffer 3.3.1 Nr. 1 der HON genannten Leistungen **(Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM)** im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK	x	x
14.a		**= Schritt 13.a + Schritt 14.**	x	
14b.	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die nach Ziffer 3.3.1 Nr. 2 der HON genannten Leistungen **(GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236)** im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)	x	x
15.		Angepasste Leistungsmenge in Punkten **= Schritt 14.a - Schritt 14.b**	x	x
16.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf **= Schritt 15. Einzelkasse / Schritt 15. GKV-weit**	x	x
17.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten **= Schritt 11. * 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**	x	x
18.a		**= Schritt 17. + Schritt 18.**	x	

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
19.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: **= Schritt 18.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)**	x	x
20.	3.7.1.1	Ermittlung der basiswirksamen Bereinigungsbeträge für die TSVG-Konstellationen nach Maßgabe von Ziffer 3.7.1.1 der Honorarvereinbarung (siehe Anlage zu Ziffer 4 der Protokollnotiz HON 2020) **Angabe der Punktmenge (Euro-Betrag unter Berücksichtigung AUSZQ aus Rechnungslegung / Punktwert 0,111429 EUR)**	x	x
21.	3.7.1.1	Subtraktion der basiswirksamen Bereinigungsbeträge für die TSVG-Konstellationen nach Maßgabe von Ziffer 3.7.1.1 der Honorarvereinbarung **= Schritt 19. - Schritt 20.**	x	x
22.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate **= Schritt 21. + (Schritt 21. * - 0,7052 %)**	x	x
23.a	3.9.1	**Gesamtbereinigungsmengen des VJQ**	x	x
23.b	3.9.1	**Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ** unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.2 HON von + 0,0690 %, sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV-EGV Abgrenzung	x	x
23.c	3.9.1	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten **= Schritt 23.b / KASSRG87aMGV _IK im VJQ**	x	x
23.d	3.9.1	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge **= Schritt 23.c * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - KASSRG87aMGV _IK im VJQ)**	x	x
23.e	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf **= Schritt 22. + Schritt 23.d**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
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.e - Schritt 24**	x	x
26.	2.	Kassenspezifische **MGV in Euro** **= Schritt 25. * Punktwert 0,111429 EUR**	x	x
27.	3.9.5	Nicht basiswirksame Anpassung der MGV für die Abrechnungsquartale 3/2020 bis 2/2021 um den Betrag von jeweils 34.829 Euro mit dem kassenspezifisch errechneten Betrag gem. 504. BA **34.829 Euro * Schritt 16.**	x	x
28.		**Kassenspezifische MGV in Euro nach Anpassung gem. 504. BA** **= Schritt 26. - Schritt 27.**	x	x

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

Quartal 4/2020

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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen VJQ (Abstimmung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal auf der Grundlage Satzarten: **KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)**	x	x
2.	3.2.2	Absenkung des Behandlungsbedarfs zum Ausgleich von Einsparungen bei anderen GOP i.Z.m. der Aufnahme der Leistungen im Abschnitt 1.7.3.2.2 des EBM: **519.000 Punkte**	x	
2.a		**= Schritt 1. – Schritt 2.**	x	
3.	3.2.3	Addition des erwarteten Mehrbedarfes für die Höherbewertung der GOP 26310 und 26313 *(ggf. einschließlich Suffixe und Pseudoziffern)* **(Häufigkeit der GOP 26310 im VJQ * 306 Punkte * KV-spezifische Abstaffelungsquote) + (Häufigkeit der GOP 26313 im VJQ * 31 Punkte * KV-spezifische Abstaffelungsquote)**	x	x
3.a		**= Schritt 2.a + Schritt 3.**	x	
3.b	3.2.4	Absenkung der MGV aufgrund der Neubewertung der ärztlichen Leistung infolge des Wegfalls von Aufbereitungskosten für mehrfach verwendbare Instrumente **(Differenz zwischen der jeweiligen alten und neuen Bewertung der GOP 04511, 08311 [mit Ausnahme der GOP 08311T], 08334, 09315, 09317, 13260, 13400, 13401, 13402, 13662, 26310 [mit Ausnahme der GOP 26310T], 26311 [mit Ausnahme der GOP 26311T] und 30601, jeweils einschließlich Suffices) * Häufigkeit der entsprechenden GOP im entsprechenden Quartal des Jahres 2019**	x	x
3.c		**= Schritt 3.a - Schritt 3.b**	x	

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
3.d	3.2.5	Erhöhung der MGV aufgrund des erwarteten Mehrbedarfs für die GOP 40460 **(Summe der Häufigkeiten der GOP 08334, 13260, 13401, 13402 und 30601 einschließlich Suffices im jeweiligen Quartal des Jahres 2019) * 7,26 Euro / regionaler Punktwert des Jahres 2020**	x	x
3.e	3.2.5	Erhöhung der MGV aufgrund des erwarteten Mehrbedarfs für die GOP 40461 **(Summe der Häufigkeiten der GOP 04511, 08311 [mit Ausnahme der GOP 08311T], 09315, 09317, 13400, 13662, 26310 [mit Ausnahme der GOP 26310T] und 26311 [mit Ausnahme der GOP 26311T] einschließlich Suffices im jeweiligen Quartal des Jahres 2019) * 4,12 Euro / regionaler Punktwert des Jahres 2020**	x	x
3.f	3.2.5	Erhöhung der MGV aufgrund des erwarteten Mehrbedarfs für die GOP 40462 **(Summe der Häufigkeiten der GOP 04511 und 13400 einschließlich Suffices im jeweiligen Quartal des Jahres 2019) * 1,87 Euro / regionaler Punktwert des Jahres 2020**	x	x
3.g		**= Schritt 3.c + Schritt 3.d + Schritt 3.e + Schritt 3.f**	x	
3.h	3.2.6	Erhöhung der MGV aufgrund des erwarteten Mehrbedarfs der GOP 04417 und 13577 **(Summe Häufigkeiten der GOP 04411, 04413, 04415, 13571, 13573 und 13575 einschl. Suffices im VJQ) * 40 Punkte**	x	x
3.i		**= Schritt 3.g + Schritt 3.h**	x	
3.j	3.2.7	Erhöhung der MGV um den erwarteten Mehrbedarf für die Gebührenordnungspositionen 13691 und 13692 einschließlich Suffices (Häufigkeiten der GOP 13691 und 13692 einschließlich Suffices im entsprechenden Quartal 2019) * 2 Punkte	x	x
3.k		**= Schritt 3.i +Schritt 3.j**	x	

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
4.	3.3.1 Nr. 2	Abzug der Punktmengen der Leistungen GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236: **(Punktmenge VJQ * arztgruppenspezifische Auszahlungsquote der Fachgruppe Humangenetik (22) VJQ_AUSZQ_SUM_02)**	x	x
4.a		**= Schritt 3.k - Schritt 4.**	x	
5.	3.3.1 Nr. 3	Anhebung des Behandlungsbedarfs für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der GOP 01700, 01701, 01823, 01824 und 01840 sowie der Kostenpauschale 40100: **+ 992.000 Punkte**	x	
5.a		= Schritt 4.a + Schritt 5.	x	
6	3.3.1 Nr.4	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste **1.337.000 Punkte**	x	
6.a		**= Schritt 5.a - Schritt 6**	x	
6.b	3.3.1 Nr.5	Anpassung des Behandlungsbedarfs ab 3/2020 im Zusammenhang mit der Umsetzung des 504. BA basiswirksam um **630.545 Punkte**	x	
6.c		**= Schritt 6.a - Schritt 6.b**	x	
7.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung: **ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)**	x	
7.a		**= Schritt 6.c - Schritt 7.**	x	

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
8.	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung gemäß Ziffer 3.5.1 der Honorarvereinbarung (SV_BEVERZICHT_SUM) **Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung**	x	x
8.a		**= Schritt 7.a - Schritt 8.**	x	
9.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten **= Schritt 8.a * 0,0690 %**		x
10.		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten **= Schritt 8.a + Schritt 9.**	x	x

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
11.d	3.6.1	**= Schritt 11.a - Schritt 11.b + Schritt 11.c**	x	x
11.e		**Umrechnung in Punkte** **= Schritt 11.d / Punktwert 0,109813 EUR**		
12.	3.6.1	**Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge** nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
12.a		**= Schritt 11.e - Schritt 12.**	x	x
13.	3.6.1	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die nach Ziffer 3.3.1 Nr. 2 der HON genannten Leistungen **(GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236)** im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)	x	x
14.		Angepasste Leistungsmenge in Punkten **= Schritt 12.a - Schritt 13.**	x	x
15.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf **= Schritt 14. Einzelkasse / Schritt 14. GKV-weit**	x	x
16.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten **= Schritt 10. * Schritt 15.**	x	x
17.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht **kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen**	x	x
17.a		**= Schritt 16. + Schritt 17.**	x	

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
18.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: **= Schritt 17.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)**	x	x
19.	3.7.1.1	Ermittlung der basiswirksamen Bereinigungsbeträge für die TSVG-Konstellationen nach Maßgabe von Ziffer 3.7.1.1 der Honorarvereinbarung (siehe Anlage zu Ziffer 4 der Protokollnotiz HON 2020) **Angabe der Punktmenge (Euro-Betrag unter Berücksichtigung AUSZQ aus Rechnungslegung / Punktwert 0,111429 EUR)**	x	x
20.	3.7.1.1	Subtraktion der basiswirksamen Bereinigungsbeträge für die TSVG-Konstellationen nach Maßgabe von Ziffer 3.7.1.1 der Honorarvereinbarung **= Schritt 18. - Schritt 19.**	x	x
21.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate **= Schritt 20. + (Schritt 20. * - 0,7052 %)**	x	x
22.a	3.9.1	**Gesamtbereinigungsmengen des VJQ**	x	x
22.b	3.9.1	**Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ** unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.2 HON von + 0,0690 %, sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV-EGV Abgrenzung	x	x
22.c	3.9.1	**Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten** **= Schritt 22.b / KASSRG87aMGV _IK im VJQ**	x	x
22.d	3.9.1	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge **= Schritt 22.c * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - KASSRG87aMGV _IK im VJQ)**	x	x
22.e	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf **= Schritt 21. + Schritt 22.d**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
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.e - Schritt 23.**	x	x
25.	2.	Kassenspezifische **MGV in Euro** **= Schritt 24. * Punktwert 0,111429 EUR**	x	x
26.	3.9.5	Nicht basiswirksame Anpassung der MGV für die Abrechnungsquartale 3/2020 bis 2/2021 um den Betrag von jeweils 34.829 Euro mit dem kassenspezifisch errechneten Betrag gem. 504. BA **34.829 Euro * Schritt 15.**	x	x
27.		**Kassenspezifische MGV in Euro nach Anpassung gem. 504. BA** **= Schritt 25. - Schritt 26.**	x	x

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

Honorarvereinbarung 2020 vom 24.01.2020

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2020

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

- basierend auf drei volkswirtschaftliche Indikatoren
  - Arbeitnehmerentgelt je Arbeitnehmer$_1$
  - 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 → http://www.vgrdl.de/VGRdL/

  (Die Vertragspartner sind sich darüber einig, für die Ermittlung von regionalen Punktwertzuschlägen nach dieser Anlage den Berechnungsstand der statistischen Ämter des Bundes und der Länder zu nutzen, welcher zum 31.10. p.a. gem. § 87a Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 SGB V veröffentlicht ist. Liegen zu diesem Zeitpunkt die maßgeblichen Werte noch nicht vor, ist der nächstverfügbare Berechnungsstand maßgebend. Bereits vereinbarte Punktwertzuschläge werden aufgrund von rückwirkenden Statistikrevisionen nicht mehr angepasst.)
- im Folgenden werden die Ergebnisse der Berechnungsschritte 1. bis 5. sowie 7. in Prozent [%] und die Ergebnisse der Berechnungsschritte 6.1 bis 6.3 in EuroCent [cent] ausgewiesen

1. Prozentuale Abweichung der Indikatoren: Hamburg vs. Bund

je volkswirtschaftlicher Indikator$_{1,2,3}$ gilt: $a_{1,2,3}$ = ((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 & 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 2020

Befristete Vereinbarungen zur Vergütung von Polypektomieschlingen, PE-Zangen und Clipapplikatoren für Hämostase-/Endoclips

Auf der Grundlage der bundeseinheitlichen Empfehlung an die Gesamtvertragspartner auf Landesebene zum Abschluss einer Übergangsvergütung für endoskopische Zusatzinstrumente als Einmalprodukte gemäß dem gemeinsamen Schreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 27.04.2020 vereinbaren die Partner dieser Honorarvereinbarung 2020 die Umsetzung des dort beschriebenen Verfahrens.

1. Es wird mit Wirkung vom 1. April 2020 bis zum 30. Juni 2020 eine befristete Vereinbarung zur Vergütung von Polypektomieschlingen (GOP 90000P), PE-Zangen (GOP 90000Z) und Clipapplikatoren für Hämostase-/Endoclips (GOP 90000C) als Einmalprodukte getroffen.

2. Rechnet ein Vertragsarzt die unter Nr. 1 genannten Instrumente auf Basis dieser Vereinbarung als Einmalprodukt ab, sind die betroffenen Leistungen des EBM durch die nach Nr. 3 festzulegenden Abschläge um den Anteil der bisher enthaltenen Kosten für die wiederaufbereitbaren Instrumente sowie die Aufbereitungskosten zu bereinigen. Hierzu kennzeichnen die Vertragsärzte die Leistungen bei der Verwendung eines Einmalinstrumentes durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzziffer. Zusätzlich hierzu erfolgt durch die Vertragsärzte in diesen Fällen die Kennzeichnung mit den in Nr. 1 aufgeführten GOP 90000P, 90000Z und/oder 90000C).

3. KBV und GKV-Spitzenverband vereinbaren bis zum 30. Juni 2020 die Abschläge zur Bereinigung der bisher enthaltenen Kosten für die wiederaufbereitbaren Instrumente sowie deren Aufbereitungskosten, die nach Nr. 2 auf die betroffenen Leistungen vorzunehmen sind. Dabei gehen KBV und GKV-Spitzenverband nach derzeitigem Kenntnisstand davon aus, dass die Abschläge auf die betroffenen Leistungen die Kosten für die endoskopischen Einmalinstrumente nicht übersteigen werden.

4. Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg berücksichtigt diese auf Bundesebene festgelegten Abschläge bei der Durchführung der Abrechnung der Leistungen für das 2. Quartal 2020 für die nach Nr. 2 durch die Vertragsärzte gekennzeichneten Leistungen.

5. Die Vertragsärzte sind zur Inanspruchnahme der gesamtvertraglichen Regelungen nach Nr. 1 nicht verpflichtet. Leistungen, bei denen keine Kennzeichnung nach Nr. 2 erfolgt ist, werden nicht mit dem Abschlag nach Nr. 3 versehen. In diesen Fällen ist eine gesonderte Abrechnung von Sachkosten für die Einmalprodukte ausgeschlossen.

6. Die Vertragsärzte werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg umfassend über das Verfahren informiert, insbesondere darüber, dass die Inanspruchnahme der gesamtvertraglichen Regelungen nach Nr. 1 freiwillig ist und dass im Fall der gesonderten Abrechnung der Einmalprodukte Abschläge vorgenommen werden, deren Höhe erst zum Ende des Quartals feststehen wird.

Protokollnotiz
zur
Honorarvereinbarung 2020

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

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

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

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

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

I. Abstimmung der vorläufigen MGV mit Platzhalter (gemäß Anlage 2 zur Honorarvereinbarung 2020, Ziffer 3.7.1.1) für die Bereinigung der MGV nach der TSVG-Abstimmungstabelle enthält für TSVG nur NULL-Werte sowie noch nicht die Auswirkungen der Morbiditätsrate.

II. Nach abgeschlossenem Abstimmungsverfahren erfolgt Bestätigung der vorläufigen MGV (ohne TSVG-Werte/ohne Auswirkungen der Morbiditätsrate auf die TSVG-Werte) durch die Hamburger Krankenkassen/-Verbände (Gesamtvertragspartner = rubrizierenden Partner der Honorarvereinbarung)

III. Die abgestimmte vorläufige MGV wird damit zur Grundlage der Honorarrechnungslegung nach dem jeweiligen Gesamtvertrag ggü. der jeweiligen Krankenkasse.

Die Rechnungslegung ggü. der Krankenkasse wird wie folgt durchgeführt:

a. Vorläufig endgültige MGV unter Berücksichtigung der Rechenschritte aus der abgestimmten vorläufigen MGV sowie der sich gemäß Anlage 2 zur Honorarvereinbarung 2020 dort der Ziffer 3.7.1.1 ergebenden Veränderungen

b. Ausweis der Summe der gemäß Anlage 2 zur Honorarvereinbarung 2020 dort der Ziffer 3.7.1.1 dokumentierten TSVG-Bereinigungsbeträge

IV. Die KV Hamburg stellt mit der kassenindividuellen Rechnungslegung die kassenindividuellen detaillierten Berechnungstabellen (Anlage) für die TSVG-Bereinigung den Gesamtvertragspartnern (= rubrizierenden Partner der Honorarvereinbarung) gemäß Anlage 2 zur Honorarvereinbarung 2020 dort der Ziffer 3.7.1.1 zur Verfügung. Darüber hinaus erhalten die vorgenannten Vertragspartner die MGV-Berechnung einschließlich TSVG-Bereinigung gemäß der Honorarvereinbarung 2020 Anlage 2 zur Endabstimmung.

V. Nach Durchführung der kassenindividuellen Prüfung der MGV-Berechnung unter Einschluss der TSVG-Bereinigung melden die Gesamtvertragspartner (= rubrizierenden Partner der Honorarvereinbarung) ihren Korrekturbedarf bei der KV Hamburg an oder bestätigen die endgültige MGV-Berechnung. Die Ordnungsfrist für die Abstimmung der endgültigen MGV beträgt maximal 4 Wochen, sie endet spätestens 3 Werktage vor dem Liefertermin der KASSRG-Daten.

VI. Im Falle einer Differenz zwischen der vorläufigen endgültigen MGV aus der Rechnungslegung und der MGV aus der Endabstimmung, erfolgen die vollständigen Korrekturen mit der nächsterreichbaren Rechnungslegung.

VII. Darüber hinaus sind sich die Vertragspartner darüber einig, dass die vorstehenden Regelungen ausschließlich dem Zweck einer pragmatischen Vorgehensweise bei der Abstimmung der MGV und der Rechnungslegung in Bezug auf die TSVG-Bereinigung dienen und eine Änderung der zwischen den Gesamtvertragspartnern bestehenden Regelungen zur Abstimmung und Rechnungslegung nicht beabsichtigt ist.

5. Die Vertragspartner treffen für alle in dieser Honorarvereinbarung umgesetzten Beschlüsse des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses, deren Umsetzung auch Zeiträume mitumfasst, die über das Jahr 2020 hinausgehen, die nachfolgenden Feststellungen und werden diese in der Protokollnotiz für die Folgejahre fortführen und unter Berücksichtigung etwaiger Folgebeschlüsse umsetzen. Dies betrifft insbesondere folgende Beschlüsse:

a) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 54. EBA anzuwenden ist. Das bedeutet, dass ab 01.07.2021 die GOPen 32459, 32774 und 32775 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen sind (mit Eindecklung nach Nr. 2.2.1.2 383. BA zuletzt geändert durch den Beschluss Teil A des 451. BA oder

entsprechender Folgebeschlüsse). Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in der Honorarvereinbarung 2021 umgesetzt.

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

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

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

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

Nach Nr. 4.3.9.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM ist bei der Abrechnung der GOP 01645 die Indikation zu kodieren. Aus diesem Grund wurden die abgeleiteten GOP 01645A (Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Mandeloperation) und GOP 01645B (Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Gebärmutterentfernung) in die Codierungsliste der KBV aufgenommen und sind, solange nichts Abweichendes bestimmt wird, entsprechend zu verwenden.

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

Code	**Inhalt**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

l) Die Vertragspartner werden mit Wirkung ab dem 01.07.2020 den 480. BA (schriftliche Beschlussfassung) zur basiswirksamen Anpassung des Behandlungsbedarfes im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste aufgrund der Übermittlung elektronischer Briefe unter Berücksichtigung der dort genannten Werte umsetzen. Das bedeutet, dass die jeweils maßgeblichen Werte gemäß nachfolgender Tabelle (Angaben in Tsd. Punkten) umgesetzt werden und diese Regelung zu diesem Zwecke in die Folgejahre 2021 bis 2022 fortgeschrieben wird:

KV-Bezirk	3/2020 - 4/2020	1/2021 – 2/2021	3/2021 – 4/2021	1/2022 – 2/2022	3/2022 – 4/2022	1/2023 – 2/2023
Hamburg	1.337	1.320	547	540	44	43

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

n) Die Vertragspartner werden mit Wirkung ab dem 01.07.2020 den 504. BA (schriftliche Beschlussfassung) umsetzen, d.h. dass mit Wirkung ab dem Quartal 3/2020 bis 2/2021 die basiswirksamen und nicht basiswirksamen Anpassungen gem. des vorgenannten Beschlusses umgesetzt werden. Dieser Zeitraum endet mit dem Quartal 2/2021. Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz in der Honorarvereinbarung 2021 umgesetzt.

o) Die Vertragspartner werden mit Wirkung ab dem 01.07.2020 den 506. BA (schriftliche Beschlussfassung) umsetzen, d.h. dass mit Wirkung ab dem Quartal 3/2020 bis 2/2021 die basiswirksamen Anpassungen gem. des vorgenannten

Beschlusses umgesetzt werden. Dieser Zeitraum endet mit dem Quartal 2/2021. Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz in der Honorarvereinbarung 2021 umgesetzt.

p) Die Vertragspartner werden mit Wirkung ab dem 01.07.2020 den 507. BA (schriftliche Beschlussfassung), Teil B des 507. BA geändert und neu gefasst durch den 509. BA (schriftliche Beschlussfassung) umsetzen, d.h. dass mit Wirkung ab dem Quartal 3/2020 bis 2/2021 die basiswirksamen Anpassungen gem. des vorgenannten Beschlusses umgesetzt werden. Dieser Zeitraum endet mit dem Quartal 2/2021. Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz in der Honorarvereinbarung 2021 umgesetzt.

q) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 511. BA (Sitzung am 11.08.2020) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung vom Quartal 4/2020 an bis einschließlich Quartal 3/2021 gem. der hierzu in Ziffer 3.2.7 dieser Vereinbarung getroffenen Regelung erhöht wird. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in der Honorarvereinbarung 2021 umgesetzt.

6. Den Vertragspartnern ist weiterhin bewusst, dass die Beanstandung des 426. Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 18.09.2018 Gegenstand eines Rechtsstreits beim LSG Berlin-Brandenburg unter dem Aktenzeichen L7KA47/18KL ist. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die nach einem nicht mehr anfechtbaren Urteil in diesem Rechtsstreit geltende oder herzustellende Beschlusslage rückwirkend auf die Honorarvereinbarung 2019 angewendet und insoweit - wenn notwendig - eine Rückabwicklung des Vertrages stattfindet.

7. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die in der 418. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) des BA, zuletzt geändert durch den 439. BA in seiner Sitzung am 19.06.2019, ersetzt mit Wirkung zum 15.01.2020 durch den 461. BA (schriftliche Beschlussfassung) angekündigten weiteren Beschlussfassungen zu den KV-spezifischen Kürzungsbeträgen bzgl. der Bereinigung aufgrund des Wegfalls des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste durch Übermittlung elektronischer Briefe umgesetzt werden.

8. Der 433. Bewertungsausschuss hat in seiner Sitzung am 22.01.2019 im Zusammenhang mit der Neubewertung der Leistung nach der GOP 08411 (Geburt) zum 1. Januar 2019 folgende Regelung im Teil B beschlossen:
„Aufgrund regionaler Unterschiede der Höhe der Prämien für die Berufshaftpflichtversicherung empfiehlt der Bewertungsausschuss den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene jährlich zu prüfen, ob und in welcher Höhe eine Förderung gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V über die Bewertung der GOP 08411 hinaus, vorzunehmen ist.“
Dieser Verpflichtung zur regionalen Bewertung werden die Partner dieser Vereinbarung auch unterjährig nachkommen und soweit erforderlich im Rahmen eines entsprechenden Nachtrages umsetzen.

9. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die im 472. BA Beschlussteil B (schriftliche Beschlussfassung) in Verbindung mit dem 441. BA Nr. 3 (NVA aufgrund von Ausnahmeereignissen) sowie der Konkretisierung im 473. Und 490. BA (schriftliche

Beschlussfassung) getroffenen Feststellungen zum nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs auf Grund von Ausnahmeereignissen (Corona-Virus) und die damit verbundene Finanzierungsverpflichtung der Krankenkassen mit Wirkung ab dem 01.02.2020 umgesetzt werden.
Das bedeutet, dass die ab dem 01.02.2020 gemäß des vorgenannten Beschlusses gekennzeichneten Leistungen (Ziffer 88240) mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung von der KV Hamburg zeitnah in Rechnung gestellt werden und ebenfalls zeitnah, spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum von den Krankenkassen vergütet werden.

Anlage zu Ziffer 4 der Protokollnotiz zur Honorarvereinbarung 2020 **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg**

Nachweis zur TSVG-Bereinigung gem. 439/452. BA
für das Quartal XX/2020

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

Zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg)**

und

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

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird die folgende

Honorarvereinbarung 2021
i. d. F. des 6. Nachtrages

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitlich vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2021“ Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Präambel

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

1. Regionale Gebührenordnung

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

2. Regionaler Punktwert

Der Punktwert zur Berechnung der regionalen EUR-Gebührenordnung beträgt 11,3098 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 1,667 Prozent (0,1854 Cent) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 11,1244 Cent als Orientierungswert.

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

3. Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des nach Maßgabe der nachstehenden Ziffern 3.1 bis 3.11 sowie den Vorgaben und Empfehlungen des 383. BA in seiner Sitzung am 21.09.2016 zuletzt geändert mit Beschluss des BA in seiner 598. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und etwaigen Folgebeschlüssen des BA bzw. EBA (im Folgenden „Aufsatzwertebeschluss“) ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals und dem Punktwert nach Ziffer 2. Die Berechnung erfolgt für jedes Quartal des Jahres 2021 getrennt.

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

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

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

3.2.1 Der Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.1 wird mit Wirkung ab 01.01.2021 bis 31.03.2021 (Quartal 1/2021) in Umsetzung des 455. BA Teil D III. (Sitzung am 11.12.2019) um den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 26310 und 26313 wie folgt erhöht: Der Erhöhungsbetrag ergibt sich für das Quartal 1/2021 durch Multiplikation von 306 Punkten mit der Häufigkeit der GOP 26310 und durch Multiplikation von 31 Punkten mit der Häufigkeit der GOP 26313 im Vorjahresquartal sowie der KVspezifischen Abstaffelungsquote, die berechnet wird gemäß Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019 oder entsprechender Folgebeschlüsse, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen.

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

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

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

- für die GOP 40460 durch Multiplikation der aufsummierten Häufigkeiten der GOP 08334, 13260, 13401, 13402 und 30601 einschließlich Suffices im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 mit 7,26 Euro dividiert durch den regionalen Punktwert des Jahres 2021 für die Quartale 1/2021 und 2/2021,

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

- für die GOP 40462 durch Multiplikation der aufsummierten Häufigkeiten der GOP 04511 und 13400 einschließlich Suffices im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 mit 1,87 Euro dividiert durch den regionalen Punktwert des Jahres 2021 für die Quartale 1/2021 und 2/2021.

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

3.2.5 Mit Wirkung ab dem 01.01.2021 bis 30.09.2021 (Quartal 1/2021 bis 3/2021) wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in Umsetzung des 511. BA in seiner Sitzung vom 11.08.2020 um den erwarteten Mehrbedarf für die Gebührenordnungspositionen 13691 und 13692 einschließlich Suffices wie folgt erhöht: Der Erhöhungsbetrag ergibt sich für die Quartale 1/2021 bis 3/2021 durch Multiplikation des jeweiligen Differenzbetrags der alten und neuen Bewertung der Gebührenordnungspositionen 13691 und 13692 mit der Häufigkeit der entsprechenden Gebührenordnungspositionen im Jahr 2019.

3.3

3.3.1 Zur Berücksichtigung der im Vergleich mit den Vorjahresquartalen geänderten Abgrenzung morbiditätsbedingter von extrabudgetärer Gesamtvergütung ist der Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.2 gemäß den Vorgaben des Aufsatzwertbeschlusses, Ziffer 2.2.1.2 i. V. m. dem 511. BA (Sitzung vom 11.08.2020) („Abgrenzungsbeschluss“) anzupassen.

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

1. Mit Wirkung ab 01.01.2021 bis 31.03.2021 (Quartal 1/2021) in Umsetzung des 455. BA Teil D I. (Sitzung am 11.12.2019) für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der GOP 01700, 01701, 01823, 01824 und 01840 (Chlamydienscreening) sowie der Kostenpauschale 40100 werden dem Behandlungsbedarf der vorgenannten Abrechnungsquartale jeweils 992.000 Punkte zugesetzt.

2. Mit Wirkung ab 01.01.2021 bis 30.06.2023 (Quartale 1/2021 bis 2/2023) wird der Behandlungsbedarf im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste aufgrund der Übermittlung elektronischer Briefe gemäß des 480. BA (schriftliche Beschlussfassung) angepasst. Für das 1. und 2. Quartal 2021 werden jeweils 1.320.000 Punkte und für das 3. und 4. Quartal 2021 werden jeweils 547.000 Punkte basiswirksam abgezogen.

3. Mit Wirkung ab 01.01.2021 bis 30.06.2021 (Quartale 1/2021 bis 2/2021) wird der Behandlungsbedarf in Umsetzung des 504. Beschlusses (schriftliche Beschlussfassung) zum „Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“ in jedem Quartal basiswirksam um einen Betrag in H.v. 630.545 Punkten abgesenkt.

3a. Mit Wirkung ab 01.07.2021 bis 30.06.2022 (Quartale 3/2021 bis 2/2022) wird der Behandlungsbedarf in Umsetzung des 54. EBA (Sitzung am 14. März 2018) in Verbindung mit dem 563. BA (schriftliche Beschlussfassung) zum „Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur

qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“ in jedem Quartal basiswirksam um einen Betrag in H.v. 594.955 Punkten abgesenkt.

4. Mit Wirkung ab dem 01.07.2021 bis 30.06.2022 (Quartale 3/2021 bis 2/2022) werden in Umsetzung des 54. EBA (Sitzung am 14.03.2018) die Leistungen nach den GOP 32459, 32774 und 32775 („Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt. Hierbei wird das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Aufsatzwertebeschlusses angewendet, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten in Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt werden.

5. Aufgehoben durch den 1. Nachtrag zur Honorarvereinbarung 2021.

6. Mit Wirkung ab dem 01.04.2021 bis 31.03.2022 (Quartale 2/2021 bis 1/2022) werden in Umsetzung des 433. BA (22.01.2019) die Leistungen nach den GOP 32480 und 32557 („Labor zu Wirkstoffen Velmanase alfa und Daratumumab“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt. Hierbei wird das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Aufsatzwertebeschlusses angewendet, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten in Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt werden.

7. Aufgehoben durch den 4. Nachtrag zur Honorarvereinbarung 2021 („Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA“).

8. Aufgehoben durch den 4. Nachtrag zur Honorarvereinbarung 2021 („HIV-Präexpositionsprophylaxe“).

9. Aufgehoben durch den 4. Nachtrag zur Honorarvereinbarung 2021 („Präeklampsie“).

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

1. Die KV erklärt sich bereit, auf der Vertreterversammlung der KV Hamburg als Rechtssetzungsorgan für den Verteilungsmaßstab darauf hinzuwirken, dass mit Wirkung ab dem 2. Quartal 2021 im Verteilungsmaßstab eine den Bestimmungen nach Nr. 2 entsprechende Regelung aufgenommen wird, die sicherstellt, dass die quartalsbezogenen Förderungsbeträge der Kinderärzte im hausärztlichen

Versorgungsbereich bei der Ermittlung der Arztgruppen- und Leistungskontingente zunächst unberücksichtigt bleiben (Vorwegabzug) und erst nach Bildung des Arztgruppen- und Leistungskontingents der Kinderärzte diesem vollständig zugeführt werden. Die Vergütung der Kinderärzte erfolgt damit weiterhin ausschließlich nach den Regelungen des Verteilungsmaßstabes.

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

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

b) Anschließende Errechnung eines bereinigten Aufteilungsfaktors.

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

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

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

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

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

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

3.5

3.5.1 Sofern Kassen gemäß Nr. 4.7 des 489. BA, zuletzt geändert durch 532. BA (schriftliche Beschlussfassung [„Bereinigungsbeschluss“]) auf eine Bereinigung

verzichten, wird der gemäß Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung festgestellte Behandlungsbedarf gemäß Nr. 4.7 Ziffer 7 des vorgenannten Beschlusses um die Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina aller betroffenen Kassen vermindert.

3.5.1.1 Von dem nach 3.5.1 festgestellten Behandlungsbedarf werden in Umsetzung des 581. BA (Sitzung am 26.01.2022) im Jahr 2021 in den Quartalen 3/2021 und 4/2021 die Korrekturbeträge, um die die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zusätzlich zur bisher erfolgen Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V zu bereinigen ist, basiswirksam in Abzug gebracht. Zur Gewährleistung eines quartalsgleichen Abzugs der Bereinigungsmengen in der kassenseitigen Rechnungslegung ermittelt die KVH vorab die Netto-MGV-Leistungsmenge im Korrekturquartal analog zu Abschnitt 8 des vorgenannten Beschlusses und wendet darauf die vom Institut des Bewertungsausschusses berechneten und gemäß Abschnitt 10.1 vorgelegten Anteilswerte aus Abschnitt 6 lit. a des vorgenannten Beschlusses. Differenzen zwischen diesen Vorabberechnungen der KVH und der Berechnung durch das Institut des Bewertungsausschusses sind bei der Rechnungslegung des Folgequartals und mit Basiswirksamkeit für das Folgejahresquartal des zu korrigierenden Quartals nachträglich zu berücksichtigen. Für die basiswirksame Berücksichtigung im Folgejahresquartal des zu korrigierenden Quartals stimmen die Vertragspartner unter Verwendung der vom Bewertungsausschuss beschlossenen Korrekturbeträge die MGV des korrigierten Quartals zusammen mit der ersten MGV-Abstimmung des Folgequartals ab.

3.5.2 Zu dem nach 3.5.1 festgestellten Behandlungsbedarf wird in Umsetzung des 439. BA (Sitzung am 19.06.2019) und des 441. BA (Sitzung am 14.08.2019) sowie gemäß des 451. BA (Sitzung am 17.09.2019) im Jahr 2021 in jedem Quartal (Quartale 1/2021 bis 4/2021) der durch den Bewertungsausschuss bis spätestens zum 31. August des Vorjahres beschlossene prozentuale Ausgleichsbetrag des Kassenwechslereffekts unter Beachtung des Vorzeichens (positiv oder negativ) hinzuaddiert.

Der für jedes Quartal des Jahres 2021 anzuwendende prozentuale Ausgleichsbetrag beträgt +0,0566 Prozent (513. BA in der Sitzung am 15.09.2020).

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

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

3.6.1 Der gemäß Ziffer 3.1 festgestellte und gemäß Ziffer 3.2 bis 3.5 angepasste Behandlungsbedarf wird gemäß Ziffer 2.2.2 des Aufsatzwertebeschlusses unter Berücksichtigung der Prüfergebnisse nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a. F.

(Altfälle) auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt. Dabei wird sichergestellt, dass die dort in Bezug genommenen ARZTRG87aKA-Satzarten des Vorjahresquartals entsprechend der geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Abrechnungsquartal angepasst werden. Dabei wird ferner sichergestellt, dass die Berücksichtigung der sich aus kassenseitigen Prüfanträgen ergebenden Korrekturen die insgesamt über alle Kassen zu zahlende MGV nicht verändert.

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

3.7

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

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

3.7.1.1 Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der kassenspezifische Behandlungsbedarf gemäß Ziffer 3.7.1 gemäß des zur Bereinigung (TSVG-Konstellationen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V) getroffenen 439. BA - Beschlussteil C - vom 19.06.2019 zuletzt geändert durch den 444. BA (schriftliche Beschlussfassung) und den 452. BA (schriftliche Beschlussfassung) sowie etwaige in Bezug auf die Bereinigung ergehende Folgebeschlüsse nach den dort getroffenen Regelungen in Nr. 1 bis 6 bis einschließlich 31.12.2020 zu bereinigen war und damit mit Ausnahme der nachfolgenden Regelungen zur Korrektur nicht Gegenstand dieser Honorarvereinbarung 2021 ist.

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

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

Zur Berücksichtigung der sich aus Prüfergebnissen nach § 106d SGB V und Entscheidungen der Prüfungsstelle / des Beschwerdeausschusses (§ 106 SGB V)

ergebenden Korrekturen bzgl. bereinigter extrabudgetär vergüteter Leistungen der TSVG-Konstellationen vereinbaren die Vertragspartner das nachfolgende Verfahren einer Korrektur:

1. Das aufgrund rechts- und bzw. oder bestandskräftiger Entscheidungen kassenspezifisch festgestellte Punktzahlvolumen wird im nächsterreichbaren der Leistungserbringung entsprechenden Quartal vor Anwendung der Ziffer 3.8 dieser Honorarvereinbarung dem kassenspezifisch ermittelten Aufsatzwert zugesetzt.

2. Hierbei ist die vorgenannte Punktzahlmenge mit der bei der Bereinigung angewandten arztgruppenspezifischen Auszahlungsquote zu multiplizieren.

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

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

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

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

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

- Für das Quartal 1/2021 in Höhe von 30.183.431 Punkten

- Für das Quartal 2/2021 in Höhe von 33.330.940 Punkten

- Für das Quartal 3/2021 in Höhe von 35.645.542 Punkten

- Für das Quartal 4/2021 in Höhe von 33.168.141 Punkten

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

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

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

3.9

3.9.1 Anschließend sind gemäß Ziffer 2.2.4 Absatz 2 des Aufsatzwertbeschlusses die für das aktuelle Abrechnungsquartal aktualisierten vertragsübergreifenden 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.

3.9.5 Mit Wirkung ab 01.01.2021 bis 30.06.2021 (Quartale 1/2021 bis 2/2021) wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in jedem Quartal in Umsetzung des 504. Beschlusses (schriftliche Beschlussfassung) nicht basiswirksam um den Betrag von

34.829 Euro abgesenkt („Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“). Die Aufteilung auf die Krankenkassen erfolgt nach Ziffer 3.6.1, d.h. nach den jeweiligen Leistungsbedarfsanteilen gemäß Nummer 2.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen.

Mit Wirkung ab 01.07.2021 bis 30.06.2022 (Quartale 3/2021 bis 2/2022) wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in jedem Quartal in Umsetzung des 54. EBA (Sitzung am 14. März 2018) in Verbindung mit dem 563. BA (schriftliche Beschlussfassung) nicht basiswirksam um den Betrag von 33.409 Euro abgesenkt („Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“). Die Aufteilung auf die Krankenkassen erfolgt nach Ziffer 3.6.1, d.h. nach den jeweiligen Leistungsbedarfsanteilen gemäß Nummer 2.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen.

3.9.6 Für das Abrechnungsquartal 3/2021 wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in Umsetzung des 568. BA (schriftliche Beschlussfassung) nicht basiswirksam um den Betrag von 6.095 Euro abgesenkt. Die Aufteilung auf die Krankenkassen erfolgt nach Ziffer 3.6.1, d.h. nach den jeweiligen Leistungsbedarfsanteilen gemäß Nummer 2.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen.

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

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

4. Extrabudgetär vergütete Leistungen

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

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

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

4.3 Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

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

4.5 Leistungen des Hautkrebsscreenings nach der GOP 01745, 01746,

4.6 Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

4.7 Leistungen der Strahlentherapie nach den GOP 25228 bis 25230,

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

4.9 Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:

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

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

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

4.11 Excisionen beim Hautkrebsscreening nach den GOP 10343 und 10344,

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

4.13 Leistungen der Abschnitte 4.5.4 EBM (pädiatrische Nephrologie und Dialyse) und 13.3.6 (Nephrologie und Dialyse) EBM (ohne GOP 13620 - 13622) sowie die GOP 04000, 04040, 04230 und 04231, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden; einschließlich der leistungsbezogenen Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlungen mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen 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 Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung nach der GOP 01833 des Abschnittes 1.7.5 im EBM,

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

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

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

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

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

4.29

(1) Von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachte Hämato-/Onkologischen Zusatzpauschalen (GOP 13500 bis 13502), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachten Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 08345), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie von Fachärzten für Urologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachte Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 26315), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden.

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

4.30 NN

4.31 Leistung gemäß GOP 34601 (Osteodensitometrische Untersuchung II),

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

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

4.34 NN

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

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

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

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

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

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

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

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

4.39 Leistungen der Rheumatologie nach den GOP 13690 bis 13692,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.49 die GOP 01450 („Videosprechstunde“),

4.50 NN

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

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

4.53 die GOP 35151 und 35152 („Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung“),

4.54 NN

4.55 Leistungen nach den GOP 01702 und 01703 („Pulsoxymetrie-Screening“),

4.56 NN

4.57 Leistungen nach dem Abschnitt 37.3 EBM („besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“,

4.58 Leistungen nach den GOP 02325 bis 02328 („Epilation mittels Laser“),

4.59 Leistungen nach den GOP 01460, 01461 und 01626 (Verordnung von Cannabis),

4.60 Leistungen nach den GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943 und 32948 bis 32949 (HLA-Antikörperdiagnostik),

4.61 die GOP 08312, 08313, 26316 und 26317, die Kostenpauschale 40161 sowie die GOP 08311, 26310 und 26311, die in derselben Sitzung mit den GOP 08312 oder 26316 erbracht werden (transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin),

(Die Kennzeichnung von Zystoskopien nach den GOP 08311, 26310 und 26311 bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin nach den GOP 08312 bzw. 26316 durchgeführt wird, erfolgt anhand bundeseinheitlich kodierter Zusatzkennzeichen.)

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

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

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

4.65 bis 30.06.2021 Leistungen nach den GOP 32459 („Procalcitonin (PCT)“), 32774 und 32775 („Zuschläge für die Durchführung von phänotypischen Bestätigungstesten“),

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

4.67 Leistungen nach den GOP 30210, 30212, 30216 und 30218 („hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“),

4.68 Leistungen nach der GOP 01650 („Zuschlag DeQS-RL, nosokomiale Infektionen“),

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

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

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

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

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

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

4.75 NN

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

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

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

Mit Wirkung ab dem 01.04.2021 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 GOPn als kodierte Zusatznummern aufgenommen worden, die die altersklassenspezifische Bewertung abbilden,

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

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

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

(TSVG-Konstellation: Hausarzt-Vermittlungsfall),

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

(TSVG-Konstellation: Neupatient),

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

(TSVG-Konstellation: Offene Sprechstunde),

4.82 bis 31.12.2021 Leistungen nach den GOP 32362 und 32363 (Präeklampsie).

4.83 bis 31.12.2022 Leistungen des Abschnitts 1.7.8 EBM („HIV-Präexpositionsprophylaxe“),

4.84 bis 31.12.2022 Leistungen nach der GOP 32850 (Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA),

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

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

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

4.88 Leistungen nach den GOP 01442 bis 30.09.2022 und nach der GOP 01444 bis 31.12.2022 (Videofallkonferenz und Authentifizierung),

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

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

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

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

4.93 Leistungen nach der GOP 32816 („Coronavirus“),

4.94 Leistungen nach den GOP 04538 und 13678 sowie die Kostenpauschale nach der GOP 40167 („FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab“),

4.95 Leistungen nach der GOP 32866 („Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus“),

4.96 Leistungen nach der GOP 01660 („Zuschlag zur eArztbrief-Versandpauschale“),

4.97 bis 31.12.2021 Leistungen nach der GOP 02402 („Corona-Warn-App“),

4.98 Leistungen nach den GOP 40460, 40461 und 40462 („Endoskopische Zusatzinstrumente als Einmalprodukt“), wenn diese im Zusammenhang mit der

Durchführung der Leistung nach den GOP 01741, 01742, 04514, 04515, 04520, 08311T, 13421, 13422, 13423, 13430, 26310T oder 26311T, jeweils einschließlich Suffices, abgerechnet werden. Die Kennzeichnung der vorgenannten Leistungen erfolgt beschlussgemäß anhand bundeseinheitlich kodierter Zusatznummern.

4.99 Leistungen nach der GOP 01517 „Gabe von Siponimod“),

4.100 Zuschlag für Hausbesuche und Covid-Sprechstunde aufgrund Corona-Pandemie vom 01.01.2021 bis 31.12.2021.

Entsprechend § 11 der Rechtsverordnung nach § 20i Abs. 3 Satz 2 SGB V werden die Vertragspartner auch vor dem 31. Dezember 2021 die nachfolgende Regelung aufheben, wenn der Bundestag die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Abs. 1 Satz 2 IfSG aufhebt. Die Vertragspartner werden bei Fortbestehen der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Abs. 1 Satz 2 IfSG über den 31. Dezember 2021 hinaus eine Verlängerung vereinbaren. Vor diesem Hintergrund vereinbaren die Partner dieser Honorarvereinbarung für 2021 "Zuschläge auf Hausbesuche und Covid-Sprechstunden aufgrund der Corona-Pandemie".

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

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

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

4.100.1 Zuschlag Hausbesuch

Die Vertragspartner vereinbaren für jeden Patienten (a) für den Fall unaufschiebbarer Arztbesuche (b), die im Wege eines Hausbesuchs durchgeführt werden, einen Zuschlag in Höhe von 10 EUR (GOP 98241) auf die nach der regionalen Euro-Gebührenordnung für die nach den Bestimmungen des EBM in diesen Fällen abrechnungsfähigen

Besuche (GOP 01410 - 01412 und GOP 01414 - 01416 und GOP 01418 EBM). Ein Patient, der aufgrund behördlicher Verfügung in Quarantäne lebt, alarmiert bei Beschwerden seinen Haus- / Facharzt oder den „Arztruf Hamburg“. Die Unaufschiebbarkeit des Arztbesuches muss durch den hierfür vorab telefonisch durch den Patienten kontaktierten Arzt oder den „Arztruf Hamburg“- Arzt festgestellt werden.

4.100.2 Zuschlag Covid-Sprechstunde

Ferner wird für jeden Patienten (a) für den Fall unaufschiebbarer Arztbesuche (b), die aufgrund einer Vermittlung (c) in der Facharztpraxis im Rahmen einer Covid-Sprechstunde (d) vorgenommen werden, ein Zuschlag in Höhe von 10 EUR (GOP 98242) auf die nach den Bestimmungen des EBM in dem Quartal der Inanspruchnahme abrechnungsfähige Versicherten-/Grund und Konsiliarpauschalen (e) vereinbart. Ein Patient, der aufgrund behördlicher Verfügung in Quarantäne lebt, alarmiert bei Beschwerden seinen Hausarzt oder den „Arztruf Hamburg“. Die Unaufschiebbarkeit des Facharztbesuches in einer Covid-Sprechstunde muss durch den Hausbesuch, den Hausarzt oder den „Arztruf Hamburg“- Arzt festgestellt werden. Die Covid-Sprechstunde kann nur auf Überweisung und nach Zuteilung eines Termins in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme des Termins erfolgt ausschließlich durch ein geeignetes Transportmittel.

Folgende Definitionen sind maßgeblich:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.112 ab 01.07.2021 Leistungen nach der GOP 02102 (Infusionstherapie mit Sebelipase alfa),

4.113 ab dem 01.07.2021 Leistungen nach der GOP 32481 (Laboruntersuchung auf Antikörper gegen Sebelipase alfa),

4.114 ab dem 01.07.2021 Leistungen nach den GOP 19503 bis 19505 (Biomarkerbasierte Tests beim primären Mammakarzinom),

4.115 ab dem 01.07.2021 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 ab 01.07.2021 Leistungen nach den GOP 25335 und 25336 (LDR-Brachytherapie),

4.117 ab dem 01.10.2021 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) ab dem 01.10.2021 Leistungen nach den GOP 35163 bis 35169 („probatorische Sitzungen im Gruppensetting“)

(2) ab 01.10.2021 Leistungen nach den GOP 35173 bis 35179 („Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung“)

(3) ab 01.10.2021 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 ab dem 01.10.2021 Leistungen nach der GOP 19506 (Biomarkerbasierter Test sowie Untersuchung auf Mikrosatelliteninstabilität).

5. Zuschläge auf besonders förderungswürdige Leistungen

5.1 Hyposensibilisierungsbehandlungen

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

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

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

eine Zunahme des allergischen Asthmas.[1] Ebenso ist die medikamentöse 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 Hyposensibiliserung geradezu wünschenswert und versorgungspolitisch notwendig, wenn diese Behandlungen im Einzelfall durch diese zusätzliche Förderung als Zuschlag erfolgreich zu Ende geführt werden.

6. Wegepauschalen

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

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

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

3,53 EUR (Abrechnungsnummer: 97234);

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

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

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97235);

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

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

10,14 EUR (Abrechnungsnummer: 97236);

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

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

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

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97237);

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

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

10,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97238);

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

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

14,55 EUR (Abrechnungsnummer: 97239);

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

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

11,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97160);

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

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

16,32 EUR (Abrechnungsnummer: 97161).

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

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

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

6.4. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale der KV Hamburg mit einem Fahrdienst ausgeführt, so werden die Beträge für Wegeentschädigungen nicht an den Arzt abgeführt, sondern als Kosten des

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

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

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

7. Belegärztliche Leistungen

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

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

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

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

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

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

c) Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen des Kapitels 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung,

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

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

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

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

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

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

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

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.

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

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

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

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

Die Ziffer 88240 ist jeweils an den Tagen, an denen eine Behandlung aufgrund des begründeten klinischen Verdachts (Vorliegen COVID-19-typischer Symptomatik wie akute respiratorische Symptome oder Verlust von Geruchs- und Geschmackssinn oder klinische oder radiologische Hinweise auf eine virale Pneumonie) auf eine Infektion oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) erforderlich wird, vom behandelnden Arzt in der Abrechnung zu dokumentieren. Der Vergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung aufgrund des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs unterliegen in einem Abrechnungsquartal vorbehaltlich der Verrechnung die von der Arztgruppe des die Ziffer 88240 dokumentierenden Arztes an den Tagen mit Dokumentation der Ziffer 88240 abgerechneten Leistungen sowie die von der Arztgruppe des die Ziffer 88240 dokumentierenden Arztes abgerechneten Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen, Zusatzpauschalen für Pneumologie (GOP 04530 und 13650) und Zusatzpauschalen fachinternistische Behandlung (GOP 13250).

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

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

8.5 Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die spezifischen Vorgaben über die Ausweisung der in Nr. 3.5.1.1 der Honorarvereinbarung beschriebenen TSVG-Korrekturbereinigung aus der Formblatt 3-Inhaltsbeschreibung (Version 4.32) mit Wirkung für die Rechnungslegung betreffend ab dem 4. Quartal 2021 umgesetzt werden.

8.6 Die Vertragspartner werden den 598. BA (schriftliche Beschlussfassung) rückwirkend und beschlusskonform umsetzen. Zur Darstellung vereinbaren die Vertragspartner entsprechend Nr. 2 des 598. BA die Darstellung der Verrechnung in Form eines bundeseinheitlichen Vorgangs im Formblatt 3 im ersten Quartal des Jahres 2022.

9. Sachlich-rechnerische Berichtigungen

Honorar-Rückforderungen betreffend Leistungen außerhalb der MGV aus nachträglichen sachlich-rechnerischen Berichtigungen sowie Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind von der KV Hamburg an die jeweilige Krankenkasse

zurückzuzahlen. Die KV Hamburg teilt den Vertragspartnern die sich aus entsprechenden rechtskräftig abgeschlossenen Verfahren ergebende Beträge mit.

10.

10.1 Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V

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

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

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

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

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

10.4 Honorarkürzungen nach § 341 Abs. 6 SGB V

Honorarkürzungen, die die KV Hamburg gemäß § 341 Abs. 6 SGB V ab 01.07.2021 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.

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 26.01.2022

……..…..
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

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

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

……..…..
IKK classic

……..…..
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Nord, Hamburg

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

Honorarvereinbarung 2021 vom 31.10.2020

Anlage 1
zur Honorarvereinbarung 2021

Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg

wird noch ausgeführt

Honorarvereinbarung 2021 vom 31.10.2020

Anlage 2
zur Honorarvereinbarung 2021

Begriffserläuterung:

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

Abkürzungen:

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

Quartal 1/2021

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

Regionaler Punktwert 2021: **0,113098 EUR**
Regionaler Punktwert 2020: **0,111429 EUR**

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

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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
4.b	3.2.3	Erhöhung der MGV aufgrund des erwarteten Mehrbedarfs für die GOP 40462 **(Summe der Häufigkeiten der GOP 04511 und 13400 einschl. Suffices im jeweiligen Quartal des Jahres 2019) * 1,87 Euro / regionaler Punktwert des Jahres 2021**	x	x
4.c		**= Schritt 3a + Schritt 4 + Schritt 4.a + Schritt 4.b**	x	x
5.	3.2.4	Erhöhung der MGV aufgrund des erwarteten Mehrbedarfs der GOP 04417 und 13577 **(Summe der Häufigkeiten der GOP 04411, 04413, 04415, 13571, 13573 und 13575 einschl. Suffices im VJQ) * 40 Punkte**	x	x
5.a		**= Schritt 4.c + Schritt 5.**	x	x
6.	3.2.5	Erhöhung der MGV um den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 13691 und 13692 einschl. Suffices **(Häufigkeiten der GOP 13691 und 13692 einschl. Suffices im entsprechenden Quartal 2019) * 2 Punkte**	x	x
6.a		**= Schritt 5.a + Schritt 6.**	x	x
7.	3.3.1 Nr. 1	Anhebung des Behandlungsbedarfs für die Finanzierung des zu erwartenden Mehrbedarfes der GOP 01700, 01701, 01823, 01824 und 01840 (Chlamydienscreening) sowie der Kostenpauschale 40100 **992.000 Punkte**	x	
7.a		**= Schritt 6.a + Schritt 7.**	x	
8.	3.3.1 Nr. 2	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste **1.320.000 Punkte**	x	

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
8.a		**= Schritt 7.a - Schritt 8.**	x	
9.	3.3.1 Nr. 3	Anpassung des Behandlungsbedarfs in Umsetzung des 504. BA (Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie) basiswirksam um **630.545 Punkte**	x	
9.a		**= Schritt 8.a - Schritt 9.**	x	
10.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung: **ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)**	x	x
10.a		**= Schritt 9.a - Schritt 10.**	x	x
11.	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung (SV_BEVERZICHT_SUM) **Bereinigungsvolumina im Fall des Bereinigungsverzichts**	x	x
11.a		**= Schritt 10.a - Schritt 11.**	x	x
12.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten **= Schritt 11.a * 0,0566 %**	x	x
12.a		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten **= Schritt 11.a + Schritt 12.**	x	x

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
13.	3.6.1	**Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ in Euro (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).** Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem 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 2020**	x	x
14.	3.6.1	**Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge** nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
14.a		**= Schritt 13.d - Schritt 14.**	x	x
15.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf **= Schritt 14.a Einzelkasse / Schritt 14.a GKV-weit**	x	x
16.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten **= Schritt 12.a. * Schritt 15.**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
17.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht **kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen (max. Wert aus Schritt 11)**	x	x
17.a		**= Schritt 16. + Schritt 17.**	x	x

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
18.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: **= Schritt 17.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)**	x	x
19.	3.7.1.1	Ermittlung des anzuwendenden Korrekturbetrages bzgl. der TSVG-Bereinigung.	x	x
19.a	3.7.1.1	**= Schritt 18. + Schritt 19.**	x	x
20.	3.7.1.2 a)	Feststellung der maßgeblichen Behandlungsbedarfserhöhung für die Leistungen des Kapitels 25 (ohne GOP 25228 bis 25230) „Strahlentherapie“ **30.183.431 Punkte**	x	

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

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

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

Quartal 2/2021

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

Regionaler Punktwert 2021: **0,113098 EUR**
Regionaler Punktwert 2020: **0,111429 EUR**

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

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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
5.a		**= Schritt 4.a + Schritt 5.**	x	x
6.	3.3.1 Nr. 2	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste **1.320.000 Punkte**	x	
6.a		**= Schritt 5.a - Schritt 6.**	x	
7.	3.3.1 Nr. 3	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Umsetzung des 504. BA (Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie) basiswirksam um **630.545 Punkte**	x	
7.a		**= Schritt 6.a - Schritt 7.**	x	
8.	3.3.1	Aufgehoben durch 1.Nachtrag 2021 (GOP 01611) **Rechenwert = NULL**	x	x
8.a		**= Schritt 7.a + Schritt 8.**	x	x
9.	3.3.1 Nr. 6	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOP 32480 und 32557 (Fachinformation Arzneimittel) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).**	x	x
9.a		**= Schritt 8.a + Schritt 9.**	x	x
10.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung: **ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)**	x	x

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

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
13.b	3.6.1	**Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind**, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich **hinzuaddiert**.	x	x
13.c	3.6.1	**= Schritt 13 - Schritt 13.a + Schritt 13.b**	x	x
13.d		**Umrechnung in Punkte** **= Schritt 13.c / regionaler Punktwert des Jahres 2020**	x	x
14.	3.6.1	**Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge** nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
14.a		**= Schritt 13.d - Schritt 14.**	x	x
15	3.3.1	Aufgehoben durch 1.Nachtrag 2021 (GOP 01611) **Rechenwert = NULL**	x	x
15.a	3.6.1 i. V. m. 3.3.1 Nr.6	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 6 der HON genannten Leistungen nach den GOP 32480 und 32557 („Labor zu Wirkstoffen Velmanase alfa und Daratumumab“) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
15.b		Angepasste Leistungsmenge in Punkten **= Schritt 14.a + Schritt 15 + Schritt 15.a**	x	x
16.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf **= Schritt 15.b Einzelkasse / Schritt 15.b GKV-weit**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
17.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten **= Schritt 12.a * Schritt 16.**	x	x
18.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht **kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen (max. Wert aus Schritt 11)**	x	x
18.a		**= Schritt 17. + Schritt 18.**	x	x

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
19.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: **= Schritt 18.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)**	x	x
20.	3.7.1.1	Ermittlung des anzuwendenden Korrekturbetrages bzgl. der TSVG-Bereinigung.	x	x
20.a	3.7.1.1	**= Schritt 19. + Schritt 20.**	x	x
21.	3.7.1.2 a)	Feststellung der Behandlungsbedarfserhöhung für die Leistungen des Kapitels 25 (ohne GOP 25228 bis 25230) „Strahlentherapie“ **33.330.940 Punkte**	x	

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

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

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

Quartal 3/2021

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

Regionaler Punktwert 2021: **0,113098 EUR**
Regionaler Punktwert 2020: **0,111429 EUR**

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen Vorjahresquartal (VJQ) (basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im VJQ auf der Grundlage der Satzarten: **KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)**	x	x
1.a	3.1	Basiswirksame Erhöhung des vereinbarten bereinigten Behandungsbedarfs im Vorjahresquartal im Zusammenhang mit der Anpassung humangenetischer Leistungen. **2.213.233 Punkten**	x	x
1.b		**= Schritt 1 + Schritt 1.a**	x	x
2.	3.2.5	Erhöhung der MGV um den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 13691 und 13692 einschl. Suffices **(Häufigkeiten der GOP 13691 und 13692 einschl. Suffices im entsprechenden Quartal 2019) * 2 Punkte**	x	x
2.a		**= Schritt 1.b + Schritt 2.**	x	x
3	3.3.1 Nr. 2	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste **547.000 Punkte**	x	
3.a		**= Schritt 2.a - Schritt 3.**	x	

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
3.b	3.3.1 Nr. 3a	Anpassung des Behandlungsbedarfs in Umsetzung des 563. BA (Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie) basiswirksam um **594.955 Punkte**	x	
3.c		**= Schritt 3.a - Schritt 3.b**	x	x
4.	3.3.1 Nr. 4	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOP 32459, 32774 und 32775 (Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
4.a		**= Schritt 3.c + Schritt 4.**	x	x
5.	3.3.1	Aufgehoben durch 1. Nachtrag 2021 (GOP 01611) **Rechenwert = NULL**	x	x
5.a		**= Schritt 4.a + Schritt 5.**	x	x
6.	3.3.1 Nr. 6	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOP 32480 und 32557 (Fachinformation Arzneimittel) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).**	x	x
6.a		**= Schritt 5.a + Schritt 6.**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
7.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung: **ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)**	x	x
7.a		**= Schritt 6.a - Schritt 7.**	x	x
8.	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung (SV_BEVERZICHT_SUM) **Bereinigungsvolumina im Fall des Bereinigungsverzichts**	x	x
8.a		**= Schritt 7.a - Schritt 8.**	x	x
8.b	3.5.1.1	Subtraktion des basiswirksamen Bereinigungsbetrages entsprechend der Vorgaben des 581. BA für ein Verfahren zur Korrektur der Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V um die bisher nicht berücksichtigten Leistungsmengen der in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 5 und 6 SGB V genannten Leistungen.	x	x
8.c		**= Schritt 8.a - Schritt 8.b**	x	x
9.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten **= Schritt 8.c * 0,0566 %**	x	x
9.a		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten **= Schritt 8.c + Schritt 9.**	x	x

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
10.	3.6.1	**Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ in Euro (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).** Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“.	x	x
10.a	3.6.1	**Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet** sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich **abgezogen**.	x	x
10.b	3.6.1	**Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „2“ gekennzeichnet sind**, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung nicht extrabudgetär vergütet werden (MGV/EGV-Kennzeichen „1“), werden nachträglich **hinzuaddiert**.	x	x
10.c	3.6.1	**= Schritt 10 - Schritt 10.a + Schritt 10.b**	x	x
10.d		**Umrechnung in Punkte** **= Schritt 10.c / regionaler Punktwert des Jahres 2020**	x	x
11.	3.6.1	**Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge** nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
11.a		**= Schritt 10.d - Schritt 11.**	x	x
12.	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 4	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 4 der HON genannten Leistungen nach den GOP 32459, 32774 und 32775 („Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
12.a	3.3.1	Aufgehoben durch 1. Nachtrag 2021 (GOP 01611) **Rechenwert = NULL**	x	x
12.b	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 6	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 6 der HON genannten Leistungen nach den GOP 32480 und 32557 („Labor zu Wirkstoffen Velmanase alfa und Daratumumab“) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
12.c		Angepasste Leistungsmenge in Punkten **= Schritt 11.a + Schritt 12 + Schritt 12.a + Schritt 12.b**	x	x
13.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf **= Schritt 12.c Einzelkasse / Schritt 12.c GKV-weit**	x	x
14.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten **= Schritt 9.a. * Schritt 13.**	x	x
15.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht **kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen (max. Wert aus Schritt 8)**	x	x
15.a.		**= Schritt 14. + Schritt 15.**	x	x

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
16.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: **= Schritt 15.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)**	x	x
17.	3.7.1.1	Ermittlung des Korrekturbetrages bzgl. der TSVG-Bereinigung.	x	x
17.a	3.7.1.1	**= Schritt 16. + Schritt 17.**	x	x
18.	3.7.1.2 a)	Feststellung der Behandlungsbedarfserhöhung für die Leistungen des Kapitels 25 (ohne GOP 25228 bis 25230) „Strahlentherapie“ **35.645.542 Punkte**	x	
18.a	3.7.1.2 b)	Ermittlung des kassenspezifischen Anteils der Behandlungsbedarfserhöhung für die strahlentherapeutischen Leistungen des Kapitels 25 (ohne GOP 25228 bis 25230) **(Kassenspezifischer LB der Versicherten an den Leistungen des Kapitels 25 (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) und den Kostenpauschalen 40840 und 40841 des Abschnitts 40.15 des EBM im entsprechenden Quartal des Jahres 2019) / (GKV-Wert für die vorgenannten Leistungen) * Schritt 18.**	x	x
18.b		**= Schritt 17.a + Schritt 18.a**	x	x
19	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate **= Schritt 18.b + (Schritt 18.b * (- 0,1125 %))**	x	x
20	3.9.1	**Gesamtbereinigungsmengen des VJQ**	x	x
20.a	3.9.1	**Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ** unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.2 HON von + 0,0566 %, sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV-EGV Abgrenzung	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
20.b	3.9.1	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten **= Schritt 20.a / KASSRG87aMGV_IK des VJQ**	x	x
20.c	3.9.1	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge **= Schritt 20.b * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - KASSRG87aMGV_IK des VJQ)**	x	x
20.d	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf **= Schritt 19 + Schritt 20.c**	x	x
21.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	**Berücksichtigung der Differenzbereinigung** aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)	x	x
22.		Ermittlung **KASSRG-Wert** **= Schritt 20.d - Schritt 21.**	x	x
22.a		Kassenspezifische **MGV in Euro** **= Schritt 22. * regionaler Punktwert des Jahres 2021**	x	x
23.	3.9.5	Nicht basiswirksame Anpassung der MGV um den Betrag von 33.409 Euro mit dem kassenspezifisch errechneten Betrag gem. 563. BA zum Einsatz von Diagnostika zur schneller und qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie **33.409 Euro * Schritt 13.**	x	x
23.a		**Kassenspezifische MGV in Euro** nach Anpassung gem. 563. BA **= Schritt 22.a - Schritt 23.**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
24	3.9.6	Nicht basiswirksame Anpassung der MGV um den Betrag von 6.095 Euro mit dem kassenspezifisch errechneten Betrag gem. 568. BA zum Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste aufgrund der Übermittlung elektronischer Briefe **6.095 Euro * Schritt 13**	x	x
24.a		**Kassenspezifische MGV in Euro** nach Anpassung gem. 568. BA **= Schritt 23.a - Schritt 24**		

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

Quartal 4/2021

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

Regionaler Punktwert 2021: **0,113098 EUR**
Regionaler Punktwert 2020: **0,111429 EUR**

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen Vorjahresquartal (VJQ) (basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im VJQ auf der Grundlage der Satzarten: **KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)**	x	x
1.a	3.1	Basiswirksame Erhöhung des vereinbarten bereinigten Behandungsbedarfs im Vorjahresquartal im Zusammenhang mit der Anpassung humangenetischer Leistungen. **2.213.233 Punkten**	x	x
1.b		**= Schritt 1 + Schritt 1.a**	x	x
2	3.3.1 Nr. 2	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste **547.000 Punkte**	x	x
2.a		**= Schritt 1.b - Schritt 2.**	x	x
2.b	3.3.1 Nr.3a	Anpassung des Behandlungsbedarfs in Umsetzung des 563. BA (Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie) basiswirksam um **594.955 Punkte**	x	

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
2.c		**= Schritt 2.a - Schritt 2.b**	x	x
3.	3.3.1 Nr. 4	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOP 32459, 32774 und 32775 (Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
3.a		**= Schritt 2.c + Schritt 3.**	x	x
4.	3.3.1	Aufgehoben durch 1.Nachtrag 2021 (GOP 01611) **Rechenwert = NULL**	x	x
4.a		**= Schritt 3.a + Schritt 4.**	x	x
5.	3.3.1 Nr. 6	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOP 32480 und 32557 (Fachinformation Arzneimittel) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).**	x	x
5.a		**= Schritt 4.a + Schritt 5.**	x	x
6.	3.3.1 Nr. 7	Aufgehoben durch 4. Nachtrag 2021 (GOP 32850 [Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA]) **Rechenwert = NULL**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
6.a		**= Schritt 5.a + Schritt 6.**	x	x
7.	3.3.1 Nr. 8	Aufgehoben durch 4. Nachtrag 2021 (Kap. 1.7.8 [HIV-Präexpositionsprophylaxe]) **Rechenwert = NULL**	x	x
7.a		**= Schritt 6.a + Schritt 7.**	x	x
7.b	3.3.1 Nr. 9	Aufgehoben durch den 4. Nachtrag 2021 (GOP 32363, 32362 [Präeklampsie]). **Rechenwert = NULL**	x	x
7.c		**= Schritt 7.a + Schritt 7.b**	x	x
8.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung: **ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)**	x	x
8.a		**= Schritt 7.c - Schritt 8.**	x	x
9.	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung (SV_BEVERZICHT_SUM) **Bereinigungsvolumina im Fall des Bereinigungsverzicht**	x	x
9.a		**= Schritt 8.a - Schritt 9.**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
9.b	3.5.1.1	Subtraktion des basiswirksamen Bereinigungsbetrages entsprechend der Vorgaben des 581. BA für ein Verfahren zur Korrektur der Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V um die bisher nicht berücksichtigten Leistungsmengen der in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 5 und 6 SGB V genannten Leistungen.	x	x
9.c		**= Schritt 9.a - Schritt 9.b**	x	x
10.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten **= Schritt 9.c * 0,0566 %**	x	x
10.a		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten **= Schritt 9.c + Schritt 10.**	x	x

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
11.	3.6.1	**Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ in Euro (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).** Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“.	x	x
11.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
11.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
11.c	3.6.1	**= Schritt 11 - Schritt 11.a + Schritt 11.b**	x	x
11.d		**Umrechnung in Punkte** **= Schritt 11.c / regionaler Punktwert des Jahres 2020**	x	x
12.	3.6.1	**Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge** nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
12.a		**= Schritt 11.d - Schritt 12.**	x	x
13	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 4	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 4 der HON genannten Leistungen nach den GOP 32459, 32774 und 32775 („Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
13.a	3.3.1	Aufgehoben durch 1. Nachtrag 2021 (GOP 01611) **Rechenwert = NULL**	x	x
13.b	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 6	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 6 der HON genannten Leistungen nach den GOP 32480 und 32557 („Labor zu Wirkstoffen Velmanase alfa und Daratumumab“) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
13.c	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 7	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 7 der HON genannten Leistungsmengen nach der GOP 32850 („Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA“) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
13.d	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 8	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 8 der HON genannten Leistungsmengen des Abschnittes 1.7.8 („HIV-Präexpositionsprophylaxe“) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK), wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten angewandt werden.	x	x
13.e		Angepasste Leistungsmenge in Punkten **= Schritt 12.a + Schritt 13 + Schritt 13.a + Schritt 13.b + Schritt 13.c + Schritt 13.d**	x	x
14.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf **= Schritt 13.e Einzelkasse / Schritt 13.e GKV-weit**	x	x
15.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten **= Schritt 10.a. * Schritt 14.**	x	x

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

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

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

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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
23.		Ermittlung **KASSRG-Wert** **= Schritt 21.d - Schritt 22.**	x	x
23.a		Kassenspezifische MGV in Euro **= Schritt 23. * regionaler Punktwert des Jahres 2021**	x	x
24.	3.9.5	Nicht basiswirksame Anpassung der MGV um den Betrag von 33.409 Euro mit dem kassenspezifisch errechneten Betrag gem. 563. BA zum Einsatz von Diagnostika zur schneller und qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie **33.409 Euro * Schritt 14.**	x	x
24.a		**Kassenspezifische MGV in Euro** nach Anpassung gem. 563. BA **= Schritt 23.a - Schritt 24.**	x	x

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

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2021

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

- basierend auf drei volkswirtschaftliche Indikatoren
  - Arbeitnehmerentgelt je 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 & 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 2021

Evaluation förderungswürdiger Leistungen und/oder Leistungserbringer

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

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

Zu I.

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

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

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

Zu II.

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

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

Zu III.

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

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

Zu IV.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass für die betreffenden, förderungswürdigen Leistungserbringer die Wirkung der durch die Ziffer 3.3.2 Abs. 1 bis 10 der Honorarvereinbarung 2020 begründeten und beschriebenen Förderung nach Vorliegen der vollständigen arzt- und kassenseitigen Abrechnungsdaten, einschließlich des Quartals 2/2021, evaluiert wird. Dabei werden die Vorgaben des 456. Beschlusses des Bewertungsausschusses und die wissenschaftliche Studie der KV Hamburg aus dem Jahr 2017, die Grundlage des Beschlusses des Landesausschusses und der Förderungsvereinbarung war, berücksichtigt. Die Evaluation wird durch die KV Hamburg vorbereitet, mit den Vertragspartnern abgestimmt und durchgeführt. Die Ergebnisse der Bewertung berücksichtigen die Gesamtvertragspartner bei der Entscheidung über zukünftige Fördermaßnahmen.

Anhang 1

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

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

Anhang 2

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

Sie war und ist bis heute dadurch gekennzeichnet, dass die Fächeronkologen neben den 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 der Honorarvereinbarung erreicht werden, dass die Fächeronkologie in der existierenden Versorgungsrealität der onkologischen Versorgung in Hamburg erhalten bleibt. Aufgrund der regionalspezifischen Ausrichtung der Vergütungshöhe der Pauschalen nach der Onkologie-Vereinbarung sahen die Partner der Honorarvereinbarung auch der Höhe nach in einer Bewertung mit 191 Punkten für den Zuschlag ein taugliches Mittel zur Zielerreichung.

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

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

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

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

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

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

Protokollnotiz
zur
Honorarvereinbarung 2021

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

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

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

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

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

Darüber hinaus treffen die Vertragspartner für alle in dieser Honorarvereinbarung umgesetzten Beschlüsse des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses, deren Umsetzung auch Zeiträume mitumfasst, die über das Jahr 2020 hinausgehen, die nachfolgenden Feststellungen und werden diese in der Protokollnotiz für die Folgejahre fortführen und unter Berücksichtigung etwaiger Folgebeschlüsse umsetzen. Dies betrifft insbesondere folgende Beschlüsse:

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

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

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

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

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

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

d) Die Vertragspartner setzen mit Wirkung ab dem 01.07.2020 den 480. BA (schriftliche Beschlussfassung) zur basiswirksamen Anpassung des Behandlungsbedarfes im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste aufgrund der Übermittlung elektronischer Briefe unter Berücksichtigung der dort genannten Werte um. Das bedeutet, dass die jeweils maßgeblichen Werte gemäß nachfolgender Tabelle (Angaben in Tsd. Punkten) umgesetzt werden und diese Regelung zu diesem Zwecke in dem Folgejahr 2022 fortgeschrieben wird:

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

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

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

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

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

Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz bis 2026 fortgeschrieben.

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

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

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

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

l) Die Vertragspartner werden den 562. BA Teil B (Sitzung am 9. Juni 2021 [Laboruntersuchung auf Antikörper gegen Sebelipase alfa]) umsetzen, das bedeutet, dass die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 32481 (Ziffer 4.113) ab dem 1. Juli 2023 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt wird. Dabei wird das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) oder entsprechender Folgebeschlüsse, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der

Aufsatzwerte und der Anteile einzelner Krankenkassen angewendet, wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote in Nummer 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt wird. Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz bis 2023 fortgeschrieben.

m) Die Vertragspartner setzen in Bezug auf die Ziffer 4.43 und 4.46 der Honorarvereinbarung den 547. BA (schriftliche Beschlussfassung) und den 561. BA (schriftliche Beschlussfassung) um. Das bedeutet, dass die mit dem 547. BA vorgesehene Löschung der GOP 11449 und 11304 ab 01.01.2021 durch den 561. BA befristet bis einschließlich 31.12.2021 rückwirkend zum 01.01.2021 wieder aufgehoben wird. Die Abrechenbarkeit der GOP 11449 und 11304 in Ziffer 4.43 und 4.46 ist damit vom 1. Quartal 2021 bis zum 4. Quartal 2021 gegeben.

Um sicherzustellen, dass auch bei der Abfassung der Honorarvereinbarung 2022 der Umstand der Löschung vorbehaltlich abweichender weiterer Beschlüsse umgesetzt wird, wird diese Protokollnotiz vereinbart.

n) Die Vertragspartner werden mit Wirkung ab dem 01.07.2021 den 563. BA (schriftliche Beschlussfassung) umsetzen, d.h. dass mit Wirkung ab dem Quartal 3/2021 bis 2/2022 die basiswirksamen und nicht basiswirksamen Anpassungen gem. des vorgenannten Beschlusses umgesetzt werden. Dieser Zeitraum endet mit dem Quartal 2/2022. Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz in der Honorarvereinbarung 2022 umgesetzt.

o) Die Vertragspartner werden den 567. BA Teil B (Sitzung am 04.08.2021) umsetzen. Das bedeutet, dass die GOP 30902 und 30905, sowie die 30900 und 30901 (gekennzeichnet durch bundeseinheitlich kodierter Zusatznummern) gem. Ziffer 4.117 mit Wirkung ab dem 01.10.2023 in die MGV überführt werden. Die Überführung dieser Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt gemäß dem vom Bewertungsausschuss in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechender Folgebeschlüsse, unter Nr. 2.2.1.2 beschlossenen Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz bis 2023 fortgeschrieben.

p) Die Vertragspartner werden den 567. BA Teil B (Sitzung am 04.08.2021) umsetzen. Das bedeutet, dass die GOP 01410 und 01413 (gekennzeichnet durch bundeseinheitlich kodierter Zusatznummern) gem. Ziffer 4.118 mit Wirkung ab dem 01.10.2023 in die MGV überführt werden. Die Überführung dieser Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt gemäß dem vom Bewertungsausschuss in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechender Folgebeschlüsse, unter Nr. 2.2.1.2 beschlossenen Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz bis 2023 fortgeschrieben.

q) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 441. BA (HIV-Präexpositionsprophylaxe) geändert durch den 570. BA (Sitzung am 15.09.2021) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass für die Leistungen des Abschnitts 1.7.8 EBM nach Ziffer 4.83 dieser Honorarvereinbarung die Überführung in die MGV statt zum 01.10.2021 jetzt zum 01.01.2023 erfolgt, sofern nicht der BA von seinem Gestaltungsrecht bis zum 31.12.2022 Gebrauch macht und die EGV-Stellung fortführt. Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz bis 2023 fortgeschrieben.

r) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 441. BA (Nukleinsäurennachweis von HIV-RNA) geändert durch den 570. BA (Sitzung am 15.09.2021) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass statt ab dem 01.10.2021 jetzt ab dem 01.01.2023 die GOP 32850 nach Ziffer 4.84 dieser Honorarvereinbarung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Aufsatzwertebeschlusses zu überführen ist. Dabei wird die anzuwendende Abstaffelungsquote in Nummer 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt. Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz bis 2022 fortgeschrieben.

s) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 441. BA Teil B (14.08.2019) zu geändert durch den 570. BA (Sitzung am 15.09.2021) den Leistungen nach den GOP 32362 und 32363 („Präeklampsie“) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass statt ab dem 01.10.2021 jetzt ab dem 01.01.2022 die GOP 32362 und 32363 nach Ziffer 4.82 dieser Honorarvereinbarung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Aufsatzwertebeschlusses zu überführen sind. Dabei wird die anzuwendende Abstaffelungsquote in Nummer 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt. Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz in 2022 umgesetzt.

t) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass der 570. BA (Sitzung am 15.09.2021) in Bezug auf die Ziffer 4.88 anzuwenden ist. Das bedeutet, dass für die Leistung nach der GOP 01442 ab dem 01.10.2022 vorbehaltlich abweichender Beschlussfassungen eine Rücküberführung in die MGV gemäß dem vom Bewertungsausschuss im Aufsatzwertebeschluss unter Nr. 2.2.1.2 beschlossenen Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt. Das bedeutet ferner, dass die aufgrund des 453. BA (schriftliche Beschlussfassung) von vorherein befristete GOP 01444 vorbehaltlich abweichender Beschlussfassungen mit Wirkung zum 31.12.2022 endet. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in 2022 umgesetzt.

u) Die Vertragspartner werden den 570. BA (Sitzung am 15.09.2021) mit Wirkung ab dem 01.10.2021 umsetzen, d.h. dass für die in Ziffer 4.119 aufgenommene GOP 19506 (Biomarkerbasierter Test sowie Untersuchung auf Mikrosatelliteninstabilität) die Überführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß Nr. 5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 323. Sitzung am 25. März 2014, oder entsprechender Folgebeschlüsse, zu einem Verfahren zur Aufnahme von neuen Leistungen in den EBM nach Ablauf von 2 Jahren zum 01.10.2023 erfolgt, sofern nicht hiervon abweichende Beschlüsse ergehen. Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz bis 2023 fortgeschrieben.

v) Die Vertragspartner setzen den 581. BA (Sitzung am 26.01.2022) zur basiswirksamen Bereinigung entsprechend der Vorgaben für ein Verfahren zur Korrektur der Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V um die bisher nicht berücksichtigten Leistungsmengen der in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 5 und 6 SGB V genannten Leistungen um. Das bedeutet, dass Differenzen zwischen den Vorabberechnungen der KVH für das 4. Quartal 2021 und der Berechnung durch das Institut des Bewertungsausschusses bei der Rechnungslegung des Folgequartals (1. Quartal 2022) zu berücksichtigen sind.

5. Den Vertragspartnern ist weiterhin bewusst, dass die Beanstandung des 426. Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 18.09.2018 Gegenstand eines Rechtsstreits beim LSG Berlin-Brandenburg unter dem Aktenzeichen L7KA47/18KL ist. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die nach einem nicht mehr anfechtbaren Urteil in diesem Rechtsstreit geltende oder herzustellende Beschlusslage rückwirkend auf die Honorarvereinbarung 2019 angewendet und insoweit - wenn notwendig - eine Rückabwicklung des Vertrages stattfindet.

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

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

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

7. Die Vertragspartner sind sich darin einig, dass die Neuregelungen der Ziffer 12 zu den verspätet eingereichten Behandlungsausweisen etabliert wurden, um die durch die Abweichung von Leistungserbringerquartal und Abrechnungsquartal bedingten etwaigen finanziellen Mehrbelastungen oder Minderbelastungen zwischen den Vertragspartnern im Bereich der EGV zu vermeiden.
Hierzu hat sich die KV Hamburg in einem 1. Schritt zur operativen Umsetzung mit Wirkung für Abrechnungsquartale ab dem 01.01.2021ff in dem in Ziffer 12 beschriebenen Umfang verpflichtet.
Ausdrücklich nicht umfasst von diesem 1. Schritt sind GOP, die im Abrechnungsquartal nach den Regelungen der Honorarvereinbarung extrabudgetär vergütet werden, für die aber neben dem Preis der regionalen Eurogebührenordnung sonstige, die Vergütungshöhe beeinflussende Regelungen existieren und Anwendung finden.
Aufgrund der ausgesprochenen Komplexität der Auswirkungen einer Einbeziehung der vorgenannten Ausnahmen in künftige Regelungen der Ziffer 12, verständigen sich die Vertragspartner auf das nachfolgende Vorgehen:

1. Die Vertragspartner werden nach erfolgter Rechnungslegung für die Quartale I-IV/2021 die Erfahrungen bzgl. der bestehenden Regelung in Ziffer 12 bewerten.
2. Die KV Hamburg wird Lösungsvorschläge erarbeiten, die eine vollständige Einbeziehung alle EGV-GOP bzgl. verspätet eingereichter Behandlungsausweise ermöglichen soll. Hierbei sind insbesondere die Voraussetzungen einer solchen Regelung im Fremdkassenzahlungsausgleich zu berücksichtigen, da dies mit ca.

30% einen für die KV Hamburg erheblichen Anteil am Vergütungsvolumen und damit auch an den Auswirkungen einer solchen Regelung ausmacht. Darüber hinaus sind ebenfalls die Wechselwirkungen derartiger Regelungen zwischen der arztseitigen Abrechnung und der kassenseitigen Rechnungslegung zu berücksichtigen.

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

Zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg)**

und

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

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird die folgende

Honorarvereinbarung 2022
i. d. F. des 5. Nachtrages

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitlich vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2022“ Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Präambel

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

1. Regionale Gebührenordnung

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

2. Regionaler Punktwert

Der Punktwert zur Berechnung der regionalen EUR-Gebührenordnung beträgt 11,4494 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 1,626 Prozent (0,1832 Cent) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 11,2662 Cent als Orientierungswert.

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

3. Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des nach Maßgabe der nachstehenden Ziffern 3.1 bis 3.11 sowie den Vorgaben und Empfehlungen des 383. BA in seiner Sitzung am 21.09.2016 zuletzt geändert mit Beschluss des BA in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und etwaigen Folgebeschlüssen des BA bzw. EBA (im Folgenden „Aufsatzwertebeschluss“) ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals und dem Punktwert nach Ziffer 2. Die Berechnung erfolgt für jedes Quartal des Jahres 2022 getrennt.

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

3.2 NN

3.3

3.3.1 Zur Berücksichtigung der im Vergleich mit den Vorjahresquartalen geänderten Abgrenzung morbiditätsbedingter von extrabudgetärer Gesamtvergütung ist der Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.2 gemäß den Vorgaben des Aufsatzwertbeschlusses, Ziffer 2.2.1.2 i. V. m. dem 567. BA (Sitzung vom 04.08.2021) („Abgrenzungsbeschluss“) anzupassen.

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

1. Mit Wirkung ab 01.01.2022 bis 30.06.2023 (Quartale 1/2022 bis 2/2023) wird der Behandlungsbedarf im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste aufgrund der Übermittlung elektronischer Briefe gemäß des 480. BA (schriftliche Beschlussfassung) angepasst. Für das 1. und 2. Quartal 2022 werden jeweils 540.000 Punkte und für das 3. und 4. Quartal 2022 werden jeweils 44.000 Punkte basiswirksam abgezogen.

2. Mit Wirkung ab dem 01.01.2022 bis 30.06.2022 (Quartale 1/2022 bis 2/2022) werden in Umsetzung des 54. EBA (Sitzung am 14.03.2018) die Leistungen nach den GOP 32459, 32774 und 32775 („Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt. Hierbei wird das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Aufsatzwertebeschlusses angewendet, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten in Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt werden.

3. Mit Wirkung ab dem 01.01.2022 bis 31.03.2022 (Quartal 1/2022) werden in Umsetzung des 433. BA (22.01.2019) die Leistungen nach den GOP 32480 und 32557 („Labor zu Wirkstoffen Velmanase alfa und Daratumumab“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt. Hierbei wird das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Aufsatzwertebeschlusses angewendet, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten in Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt werden.

4. Mit Wirkung ab 01.01.2022 bis 30.06.2022 (Quartale 1/2022 bis 2/2022) wird der Behandlungsbedarf in Umsetzung des 54. EBA (Sitzung am 14. März 2018) in Verbindung mit dem 563. BA (schriftliche

Beschlussfassung) zum „Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“ in jedem Quartal basiswirksam um einen Betrag in H. v. 594.955 Punkten abgesenkt.

5. Mit Wirkung ab dem 01.01.2022 bis 31.12.2022 (Quartale 1/2022 bis 4/2022) werden in Umsetzung des 441. BA Teil B (14.08.2019) geändert durch den 570. BA (Sitzung vom 15.09.2021) die Leistungen nach den GOP 32362 und 32363 („Präeklampsie“) 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.

6. Mit Wirkung ab dem 01.01.2022 bis 31.12.2022 (Quartale 1/2022 bis 4/2022) werden in Umsetzung des 430. BA (12.12.2018) die Leistungen nach der GOP 01645 sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikationen Mandeloperationen und Gebärmutterentfernungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt. Hierbei wird das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Aufsatzwertebeschlusses angewendet, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten in Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt werden.

7. Mit Wirkung ab 01.01.2022 bis 31.12.2022 (Quartale 1/2022 bis 4/2022) wird der Behandlungsbedarf in Umsetzung des 74. EBA (Sitzung am 17. November 2021) um den erwarteten Mehrbedarf für die Zuschläge nach den Gebührenordnungspositionen 03020, 04020, 05215, 06215, 07215, 08215, 09215, 10215, 11215, 12215, 13215, 13295, 13345, 13395, 13495, 13546, 13595, 13645, 13695, 14215, 15215, 16214, 17215, 18215, 19215, 20215, 21222, 22215, 23215, 24215, 25215, 26215, 27215 und 30703 („Hygienezuschläge“) in jedem Quartal basiswirksam um einen Betrag i. H. v. 5.095.016 Punkte erhöht.

8. Mit Wirkung ab dem 01.10.2022 bis 30.09.2023 (Quartale 4/2022 bis 3/2023) wird die Leistung nach der GOP 32866 („Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus“) in Umsetzung des 592. BA (schriftliche Beschlussfassung) 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.

9. Mit Wirkung ab dem 01.07.2022 bis 30.06.2023 (Quartale 3/2022 bis 2/2023) in Umsetzung des 596. BA Teil C (Sitzung am 15. Juni 2022) zur „Weiterentwicklung der direkten Erregernachweise in der Mikrobiologie im Abschnitt 32.3 EBM“ erfolgt unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 87 Absatz 2 Satz 3 SGB V für die Leistungen nach den GOP 32050, 32670, 32680, 32681, 32683, 32701, 32702,32704, 32705, 32721, 32723, 32785 bis 32790, 32800 bis 32809, 32815, 32817,32831, 32833, 32839, 32842 bis 32847 und 32851 bis 32853 jeweils eine basiswirksame Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung um den nachfolgenden Betrag:

Abrechnungsquartal 3/2022	in Höhe von 461.936 Punkten
Abrechnungsquartal 4/2022	in Höhe von 492.982 Punkten.

10. Mit Wirkung ab dem 01.10.2022 bis 30.09.2023 (Quartale 4/2022 bis 3/2023) werden die Leistungen nach der GOP 30810 und 30811 („Verordnung Soziotherapie“) in Umsetzung des 516. BA Teil B (schriftliche Beschlussfassung) 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 Die Vertragspartner treffen in Bezug auf die vereinbarte Förderung der Kinderärzte mit Wirkung ab dem 01.01.2022 nachfolgenden Regelungen. Ziel ist es die ab dem 2. Quartal 2020 vollständig erfolgte Überführung der von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten MGV-Anteile mit Wirkung ab dem 01.01.2022 analog zur Zuführung für 4 Quartale kassenspezifisch basiswirksam zu bereinigen.

Der ermittelte Bereinigungsbetrag beträgt für 2022 insgesamt 453.742,67 EUR und verteilt sich auf die 4 Quartale anhand der nachfolgenden Tabelle.

Berechnung Bereinigungs-betrag	1/2022	2/2022	3/2022	4/2022
in €	110.535,49	108.332,99	109.061,86	110.435,66
in Pkt.	991.981,3	972.215,4	993.158,8	1.005.670,1
Pkt.*PW 2022	113.575,91	111.312,83	113.710,72	115.143,20

Zur kassenspezifischen Aufteilung werden die quartalsbezogenen Bereinigungsbeträge in Punkten vom dem nach Ziffer 3.3.1 festgestellten, bereinigten Behandlungsbedarf abgezogen und über die kassenspezifische Anteilsbildung gem. Ziffer 2.2.2 Aufsatzwertebeschluss zugleich Ziffer 3.6.1 dieser Vereinbarung bei der MGV-Berechnung kassenspezifisch basiswirksam berücksichtigt.

3.3.3 In Umsetzung des 613. BA Teil B (schriftliche Beschlussfassung) wird am Ende der Feststellung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal gemäß Nummer 2.2.1.2 Aufsatzwertebeschlusses selbiger für die Abrechnungsquartale 1/2022 bis 4/2022 in jedem der vier Quartale basiswirksam um den Betrag von 1.902.540 Punkten erhöht. Die Vorgaben des 547. BA zur Prüfung und ggf. Festsetzung von Korrekturbeträgen werden unter Berücksichtigung hierauf beruhender Folgebeschlüsse umgesetzt und sind Gegenstand einer Protokollnotiz.

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

3.5

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

3.5.1.1 Von dem nach 3.5.1 festgestellten Behandlungsbedarf werden in Umsetzung des 581. BA (Sitzung am 26.01.2022) im Jahr 2022 in jedem Quartal (Quartale 1/2022 bis 4/2022) die Korrekturbeträge, um die die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zusätzlich zur bisher erfolgen Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V zu bereinigen ist, basiswirksam in Abzug gebracht. Zur Gewährleistung eines quartalsgleichen Abzugs der Bereinigungsmengen in der kassenseitigen Rechnungslegung ermittelt die KVH vorab die Netto-MGV-Leistungsmenge im Korrekturquartal analog zu Abschnitt 8 des vorgenannten Beschlusses und wendet darauf die vom Institut des Bewertungsausschusses berechneten und gemäß Abschnitt 10.1 vorgelegten Anteilswerte aus Abschnitt 6 lit. a des vorgenannten Beschlusses. Differenzen zwischen diesen Vorabberechnungen der KVH und der Berechnung durch das Institut des Bewertungsausschusses sind bei der Rechnungslegung des Folgequartals und mit Basiswirksamkeit für das Folgejahresquartal des zu korrigierenden Quartals nachträglich zu berücksichtigen. Für die basiswirksame Berücksichtigung im Folgejahresquartal des zu korrigierenden Quartals stimmen die Vertragspartner unter Verwendung der vom Bewertungsausschuss beschlossenen Korrekturbeträge die MGV des korrigierten Quartals zusammen mit der ersten MGV-Abstimmung des Folgequartals ab.

3.5.2 Zu dem nach 3.5.1 festgestellten Behandlungsbedarf wird in Umsetzung des 439. BA (Sitzung am 19.06.2019) und des 441. BA (Sitzung am 14.08.2019) sowie gemäß des 451. BA (Sitzung am 17.09.2019) im Jahr 2022 in jedem Quartal (Quartale 1/2022 bis 4/2022) der durch den Bewertungsausschuss bis spätestens zum 31. August des Vorjahres beschlossene prozentuale Ausgleichsbetrag des Kassenwechslereffekts unter Beachtung des Vorzeichens (positiv oder negativ) hinzuaddiert.

Der für jedes Quartal des Jahres 2022 anzuwendende prozentuale Ausgleichsbetrag beträgt +0,0567 Prozent (571. BA schriftliche Beschlussfassung).

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

NN

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 2022 ist.

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

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

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

1. Das aufgrund rechts- und bzw. oder bestandskräftiger Entscheidungen kassenspezifisch festgestellte Punktzahlvolumen wird im nächsterreichbaren der Leistungserbringung entsprechenden Quartal vor Anwendung der Ziffer 3.8 dieser Honorarvereinbarung dem kassenspezifisch ermittelten Aufsatzwert zugesetzt.

2. Hierbei ist die vorgenannte Punktzahlmenge mit der bei der Bereinigung angewandten arztgruppenspezifischen Auszahlungsquote zu multiplizieren.

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

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

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

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

a) Am Ende der Feststellung des kassenspezifischen Aufsatzwerts des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal gemäß Nummer 2.2.3 des Aufsatzwertebeschlusses werden diese in den jeweiligen KV-Bezirken für die Abrechnungsquartale 1/2022 bis 4/2022 basiswirksam jeweils um den auf die jeweilige Krankenkasse gemäß dem nachfolgenden Absatz c) entfallenden Anteil der folgenden Punktzahl nach Absatz b) erhöht:

b) Die Punktzahlen des entsprechenden Quartals gemäß Nrn. 2 bis 5 des 513. BA (Sitzung am 15.09.2020)

- Für das Quartal 1/2021 in Höhe von 30.183.431 Punkten

- Für das Quartal 2/2021 in Höhe von 33.330.940 Punkten

- Für das Quartal 3/2021 in Höhe von 35.645.542 Punkten

- Für das Quartal 4/2021 in Höhe von 33.168.141 Punkten

werden um den arithmetischen Mittelwert der vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2021 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsraten erhöht, um den arithmetischen Mittelwert aus den vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2022 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsraten

abgesenkt und mit dem folgenden KV-spezifischen Faktor in Höhe von 5,7528 % beschlusskonform multipliziert.

c) Die Aufteilung der Behandlungsbedarfserhöhungen gemäß dem vorstehenden Absatz a) und b) auf die Krankenkassen erfolgt nach den jeweiligen Leistungsbedarfsanteilen der Versicherten der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im KV-Bezirk an den Leistungen des Kapitels 25 (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) im entsprechenden Quartal des Jahres 2021.

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 569. BA-Beschluss (Sitzung am 18.08.2021) berechneten Veränderungsraten zu 50 Prozent anhand der Demografie (-0,0702 % * 50 % = -0,0351 %) und zu 50 Prozent anhand der Diagnosen (-0,1282 % * 50 % = -0,0641 %). Der Aufsatzwert wird damit um -0,0992 Prozent abgesenkt.

3.9

3.9.1 Anschließend sind gemäß Ziffer 2.2.4 Absatz 2 des Aufsatzwertbeschlusses die für das aktuelle Abrechnungsquartal aktualisierten vertragsübergreifenden 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.

3.9.5 Mit Wirkung ab 01.01.2022 bis 30.06.2022 (Quartale 1/2022 bis 2/2022) wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in jedem Quartal in Umsetzung des 54. EBA (Sitzung am 14. März 2018) in Verbindung mit dem 563. BA (schriftliche Beschlussfassung) nicht basiswirksam um den Betrag von 33.409 Euro abgesenkt („Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“). Die Aufteilung auf die Krankenkassen erfolgt nach Ziffer 3.6.1, d.h. nach den jeweiligen Leistungsbedarfsanteilen gemäß Nummer 2.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen.

3.9.6 In Umsetzung des 633. BA (schriftliche Beschlussfassung) werden die gemäß 3.9.4 bestimmten kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs wie folgt nicht basiswirksam erhöht:

a) Es wird zwischen den Vertragspartnern vereinbart, dass der für den KV-Bereich Hamburg zur Verfügung gestellte Betrag für die Quartale 4/2022 und 1/2023 in Höhe von 939.074,00 Euro im Verhältnis 70/30 aufgeteilt und somit für das 4. Quartal 2022 der Betrag von 657.351,80 Euro berücksichtigt wird.
b) Die Aufteilung auf die Krankenkassen erfolgt unter Berücksichtigung der beschlussgemäßen Datenlieferung des GKV-Spitzenverbandes nach dem jeweiligen kassenspezifischen Anteil der Altersgruppe „unter 15“ Jahre gemäß den Versichertenzahlen der amtlichen KM6-Statistik.
c) Im Anschluss daran werden die kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gem. 3.9.4 nicht basiswirksam um die gem. b) ermittelten Beträge erhöht.

Die Partner dieser Honorarvereinbarung werden eine entsprechende Regelung für den Restbetrag in die Honorarvereinbarung 2023 aufnehmen.

3.10 Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen gemäß Nr. 4. dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht kann ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V unter Beachtung der diesbezüglichen Empfehlungen des Bewertungsausschusses gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V begründet werden. Insoweit eine Nachschusspflicht nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V

besteht, werden die diese betreffenden Regelungen in Nr. 8 dieses Vertrages verortet. Insbesondere kann keine Nachschusspflicht aus Regelungen zur Honorarverteilung resultieren.

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

4. Extrabudgetär vergütete Leistungen

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

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

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

4.3 Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

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

4.5 Leistungen des Hautkrebsscreenings nach der GOP 01745, 01746,

4.6 Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

4.7 Leistungen der Strahlentherapie nach den GOP 25228 bis 25230,

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

4.9 bis zum 30.09.2022 Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP:

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

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

ab dem 01.10.2022 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) (ab 01.10.2022 bis 31.12.2022 ohne GOP 04567) und 13.3.6 (Nephrologie und Dialyse) EBM (ohne GOP 13620 – 13622 und ab 01.10.2022 bis 31.12.2022 ohne GOP 13603) 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 Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung nach der GOP 01833 des Abschnittes 1.7.5 im EBM,

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

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

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

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

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

4.29

(1) Von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachte Hämato-/Onkologischen Zusatzpauschalen (GOP 13500 bis 13502), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachten Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 08345), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie von Fachärzten für Urologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachte Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 26315), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden.

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

4.30 NN

4.31 Leistung gemäß GOP 34601 (Osteodensitometrische Untersuchung II),

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

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

4.34 NN

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

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

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

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

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

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

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

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

4.39 Leistungen der Rheumatologie nach den GOP 13690 bis 13692,

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

4.41 bis 30.09.2022 Leistungen nach den GOP 30810 und 30811 („Verordnung von Soziotherapie“),

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

4.43 Leistungen nach den Abschnitten 19.4.2 und 19.4.4 EBM („humangenetische Leistungen“),

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

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

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

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

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

4.49 die GOP 01450 („Videosprechstunde“),

4.50 NN

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

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

4.53 die GOP 35151 und 35152 („Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung“),

4.54 NN

4.55 Leistungen nach den GOP 01702 und 01703 („Pulsoxymetrie-Screening“),

4.56 NN

4.57 Leistungen nach dem Abschnitt 37.3 EBM („besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“,

4.58 Leistungen nach den GOP 02325 bis 02328 („Epilation mittels Laser“),

4.59 Leistungen nach der GOP 01626 (Verordnung von Cannabis), Leistungen nach den GOP 01460 und 01461 bis 31.03.2022.

4.60 Leistungen nach den GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943 und 32948 bis 32949 (HLA-Antikörperdiagnostik),

4.61 die GOP 08312, 08313, 26316 und 26317, die Kostenpauschale 40161 sowie die GOP 08311, 26310 und 26311, die in derselben Sitzung mit den GOP 08312 oder 26316 erbracht werden (transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin),

(Die Kennzeichnung von Zystoskopien nach den GOP 08311, 26310 und 26311 bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin nach den GOP 08312 bzw. 26316 durchgeführt wird, erfolgt anhand bundeseinheitlich kodierter Zusatzkennzeichen.)

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

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

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

4.65 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 Leistungen nach den GOP 30210, 30212, 30216 und 30218 („hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“),

4.68 Leistungen nach der GOP 01650 („Zuschlag DeQS-RL, nosokomiale Infektionen“),

4.69 Leistungen nach der GOP 01645 sowie die Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM (Zweitmeinungsverfahren) mit Ausnahme der Indikationen Mandeloperationen und Gebärmutterentfernung,

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 der GOP 03008 sowie GOP 04008 (Hausarzt-Vermittlungsfall),

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

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

Mit Wirkung ab dem 01.04.2021 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. 2 i.V.m. Nr. 3 des 439. BA in der Fassung des 452. BA

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

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

(TSVG-Konstellation: Hausarzt-Vermittlungsfall),

4.80 Leistungen nach Nrn. 5 des § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V zugleich Nr. 2 i.V.m. Nr. 6 bis 8 des 439. BA in den Fassungen des 452. BA und 581. BA Teil B

(TSVG-Konstellation: Neupatient),

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

(TSVG-Konstellation: Offene Sprechstunde),

4.82 NN

4.83 bis 31.12.2022 Leistungen des Abschnitts 1.7.8 EBM („HIV-Präexpositionsprophylaxe“),

4.84 bis 31.12.2022 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 Leistungen nach der GOP 01442 und nach der GOP 01444 bis 31.12.2022 (Videofallkonferenz und Authentifizierung),

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

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

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

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

4.93 Leistungen nach der GOP 32816 („Coronavirus“),

4.94 Leistungen nach den GOP 04538 und 13678 sowie die Kostenpauschale nach der GOP 40167 („FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab“),

4.95 bis 30.09.2022 Leistungen nach der GOP 32866 („Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus“),

4.96 Leistungen nach der GOP 01660 („Zuschlag zur eArztbrief-Versandpauschale“),

4.97 bis 31.03.2022 Leistungen nach der GOP 02402 (Corona-Warn-App),

4.98 Leistungen nach den GOP 40460, 40461 und 40462 („Endoskopische Zusatzinstrumente als Einmalprodukt“), wenn diese im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung nach den GOP 01741, 01742, 04514, 04515, 04520, 08311T, 13421, 13422, 13423, 13430, 26310T oder 26311T, jeweils einschließlich

Suffices, abgerechnet werden. Die Kennzeichnung der vorgenannten Leistungen erfolgt beschlussgemäß anhand bundeseinheitlich kodierter Zusatznummern.

4.99 NN

4.100 bis 31.03.2022 Zuschläge auf Hausbesuche und Covid-Sprechstunden aufgrund der Corona-Pandemie

Für die Sicherstellung der gesamten ambulanten Versorgung sind alle Anstrengungen der KVH auf die Trennung der Patientenströme gerichtet, weil nur durch die nachfolgenden besonderen Maßnahmen eine Behandlung sichergestellt werden kann, die den hohen Anforderungen durch die Allgemeinverfügungen an die Sicherheitsvorkehrungen zur Vermeidung weiterer Infektionen gerecht wird.

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

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

4.100.1 bis 31.03.2022 Zuschlag Hausbesuch

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

4.100.2 bis 31.03.2022 Zuschlag Covid-Sprechstunde

Ferner wird für jeden Patienten (a) für den Fall unaufschiebbarer Arztbesuche (b), die aufgrund einer Vermittlung (c) in der Facharztpraxis im Rahmen einer Covid-Sprechstunde (d) vorgenommen werden, ein Zuschlag in Höhe von 10 EUR (GOP 98242) auf die nach den Bestimmungen des EBM in dem Quartal der Inanspruchnahme abrechnungsfähige Versicherten-/Grund und Konsiliarpauschalen (e) vereinbart. Ein Patient, der aufgrund behördlicher Verfügung in Quarantäne lebt, alarmiert bei Beschwerden seinen Hausarzt oder den „Arztruf Hamburg“. Die Unaufschiebbarkeit des Facharztbesuches in einer Covid-Sprechstunde muss durch den Hausbesuch, den Hausarzt oder den „Arztruf Hamburg“- Arzt festgestellt werden. Die Covid-Sprechstunde kann nur auf Überweisung und nach Zuteilung eines Termins in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme des Termins erfolgt ausschließlich durch ein geeignetes Transportmittel.

Folgende Definitionen sind maßgeblich:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.108 bis 30.06.2022 Leistungen nach den GOP 32855 bis 32857 („Anwendung des Arzneimittels Hepcludex®"),

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

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

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

4.112 Leistungen nach der GOP 02102 (Infusionstherapie mit Sebelipase alfa oder Velmanase alfa),

4.113 bis 30.06.2022 Leistungen nach der GOP 32481 (Laboruntersuchung auf Antikörper gegen Sebelipase alfa),

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 ab 01.04.2022 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 31.12.2022 Vergütung der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 01648 (Erstbefüllung ePA),

4.122 ab dem 01.03.2022 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 ab dem 01.07.2022 Leistungen nach der GOP 01472 (Zusatzpauschale Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA vivira),

4.125 ab dem 01.07.2022 Leistungen nach der GOP 30133 und 30134 („Orale Hyposensibilisierungsbehandlung mit dem Wirkstoff AR101“),

4.126 ab 01.07.2022 Leistungen nach der GOP 01613 („Zuschlag im Zusammenhang mit der Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation“),

4.127 ab 01.10.2022 Leistungen nach der GOP 32868 („Genotypisierung zur Bestimmung des UDP-Glucuronosyltransferase 1A1“),

4.128 vom 01.06.2022 bis 31.12.2022 Leistungen nach der GOP 88740 (nukleinsäurebasierter Nachweis des Affenpockenerregers),

4.129 ab dem 01.10.2022

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 ab 01.12.2022 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“).

5. Zuschläge auf besonders förderungswürdige Leistungen

5.1 Hyposensibilisierungsbehandlungen in Verbindung mit Anlage 4

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

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

Für die Patienten ist die Behandlung mit Unannehmlichkeiten verbunden, weshalb das Thema „Compliance“ eine wichtige Rolle spielt. Den Vertragspartnern ist bewusst, dass ein Anstieg der Gesamtzahl von allergischen Patienten im Gegensatz zu einem gleichzeitig unterproportionalen Anteil von Patienten, die eine spezifische Immuntherapie erhalten, existiert. Infolge dessen könnten zusätzliche Kosten im Gesundheitswesen durch die Progredienz der Erkrankungen entstehen, z. B. durch eine Zunahme des allergischen Asthmas.[1] Ebenso ist die medikamentöse 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 Hyposensibiliserung geradezu wünschenswert und versorgungspolitisch notwendig, wenn diese Behandlungen im Einzelfall durch diese zusätzliche Förderung als Zuschlag erfolgreich zu Ende geführt werden.

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

5.2. Förderung der kinderärztlichen Grundversorgung in Verbindung mit Anlage 4

Zur Förderung der pädiatrischen Grundversorgung werden mit Wirkung ab dem 01.01.2022 bis zum 31.12.2024 nach den nachfolgenden Voraussetzungen Zuschläge auf die GOP 04355 und 04230 bzw. für Schwerpunktpädiater die 04231 EBM vergütet. Die Förderung erfolgt nach Maßgabe des 456. BA gem. den diesbezüglichen näheren Regelungen der Anlage 4 dieser Honorarvereinbarung.

1. Die Krankenkassen stellen für die Förderung der Grundversorgung in Form von Zuschlägen für die GOP 04355 und 04230 bzw. für Schwerpunktpädiater die 04231 EBM ein Fördervolumen in H.v. insgesamt 500.000 EUR als extrabudgetäre Leistung mit Obergrenze für jedes Jahr des Förderzeitraumes vom 01.01.2022 bis einschließlich 31.12.2024 zur Verfügung. Es wird gleichmäßig auf die Quartale zu je 125.000 EUR aufgeteilt.

2. Die Förderung nach Nr. 1 wird von den Krankenkassen gewährt, wenn die Summe der quartalsbezogenen Abrechnungsfrequenzen der GOP 04320 bzw. für Schwerpunktpädiater die 04231 und der GOP 04355 EBM in den drei förderungswürdigen Bezirken Bergedorf, Hamburg-Mitte und Harburg

- im 1. Jahr der Förderung um mindestens 0 Prozent,
- im 2. Jahr der Förderung um mindestens 3 Prozent und
- im 3. Jahr der Förderung um mindestens 5 Prozent

gegenüber der ermittelten Ausgangssituation gestiegen ist. Die Betrachtung erfolgt hierbei für die drei Bezirke gemeinsam. Dabei wird auf die Abrechnungsfrequenz je VZÄ im jeweiligen Quartal des Basisjahres 2019 abgestellt.

Wenn und soweit in einem Abrechnungsquartal die vorgenannten Zielwerte überschritten werden, sind die Überschreitungen in Höhe der Überschreitung zu erfassen (Beispiel: 3 % im Quartal I/22 = 3 % Überschreitung von 0 %; 4 % in I/23 = 1 % Überschreitung von 3 %) und können in Abrechnungsquartalen, in den die Zielwerte nicht erreicht werden, ggf. auch rückwirkend angerechnet werden. Liegt das Abrechnungsquartal, dem die Überschreitungen angerechnet werden, in der Vergangenheit, wird die nachträglich gewährte Förderung von 125.000 Euro dem Quartal zugerechnet, welches die letzten für die vollständige Anrechnung ausschlaggebenden prozentualen Überschreitungswerte erzeugt hat, sofern dieses gegenüber den Kostenträgern noch nicht abgerechnet wurde. Andernfalls wird es dem darauffolgenden Quartal zugerechnet. Damit wird sichergestellt, dass für in der Vergangenheit liegende Quartale keine Vergütungstatbestände erzeugt werden.

Bei den Berechnungen wird mit 2 Nachkommastellen kaufmännisch gerundet. Liegen mehrere Quartale vor, bei denen eine rückwirkende Anrechnung erfolgen kann, sind diese in der Reihenfolge beginnend mit den geringsten Unterschreitungen in Prozent zu berücksichtigen.

3. Die Förderung wird quartals- und arztbezogen (LANR) nur für diejenigen Betriebsstätten gewährt, bei denen der Ort der Leistungserbringung sich in einem der förderungswürdigen Bezirken Bergedorf, Hamburg-Mitte und Harburg befindet. Die Partner dieser Honorarvereinbarung haben die förderungswürdigen Bezirke insbesondere auf der Grundlage von Studien und der Analyse von Abrechnungsdaten festgelegt.

4. Die Förderung wird quartals- und arztbezogen (LANR)

a) je abgerechneter GOP 04355 mit etwaigen Suffixen in Höhe eines Zuschlages von 50 Prozent mittels der GOP 99260 und/oder

b) je abgerechneter GOP 04230 bzw. für Schwerpunktpädiater die 04231 EBM mit etwaigen Suffixen in Höhe eines Zuschlages von 50 Prozent mittels der GOP 99261 bzw. 99262 gewährt.

5. Die Vergütung der vorgenannten Zuschläge erfolgt grundsätzlich aus den von den Krankenkassen für ein Quartal gemäß Nr. 1 Satz 2 bereitgestellten finanziellen Mitteln.

6. Fördervolumina die aufgrund des Nichterreichens der kollektiven Fördervoraussetzung nach Nr. 2 auch nach Ausschöpfung der Regelungen in Nr. 2 Absatz 2 nicht abgerufen werden können, verbleiben bei den Kassen.

7. 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.

8. Werden nach Erreichen der kollektiven Fördervoraussetzungen nach Nr. 2 die von den Krankenkassen je Quartal zur Verfügung gestellten Mittel nicht vollständig ausgeschöpft (Unterschreiten der quartalsbezogenen Obergrenze), 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.

9. Zur kassenseitigen Darstellung der Zuschläge und zum Zwecke der Rechnungslegung erfolgt der Nachweis als extrabudgetäre Leistung im Formblatt 3 mittels des Vorganges 160 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.

10. Die vorstehenden Regelungen dienen ausschließlich der Festlegung der förderungswürdigen Bezirke, der förderungsfähigen Ärzte, der Festlegung des Berechnungsmodus für die Zuschläge sowie der Darstellung der Förderung in der Rechnungslegung ggü. 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.

11. Soweit vorstehend die GOP 04355 und 04230 bzw. für Schwerpunktpädiater die 04231 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.

12. Mit Vorliegen der Abrechnungsdaten für das 4. Quartal 2022 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 in Nr. 4 ausgewiesenen Zuschläge anzupassen.

13. Wenn eine Anpassung der geförderten EBM-Ziffern erfolgt oder anderweitige Förderungs- bzw. Unterstützungsleistungen für die hier geförderten Gesprächsleistungen auf Bundesebene beschlossen werden, prüfen die Vertragspartner eine Anpassung der hier bzw. in Anlage 4 Ziffer IV. dargestellte Fördersystematik.

6. Wegepauschalen

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

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

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

3,53 EUR (Abrechnungsnummer: 97234);

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

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

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97235);

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

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

10,14 EUR (Abrechnungsnummer: 97236);

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

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

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97237);

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

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

10,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97238);

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

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

14,55 EUR (Abrechnungsnummer: 97239);

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

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

11,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97160);

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

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

16,32 EUR (Abrechnungsnummer: 97161).

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

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

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

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

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

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

7. Belegärztliche Leistungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.

a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der 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 (BA) hat in seiner 567. Sitzung am 04.08.2021 für das Jahr 2022 beschlossen, dass die im Zusammenhang mit einem Ausnahmeereignis wie einer Pandemie erbrachten ärztlichen Leistungen besonders gekennzeichnet und unter dem Vorbehalt und nach Anwendung der Verrechnung mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs zusätzlich von den Krankenkassen nach den Sätzen der jeweils gültigen Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind, insoweit ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V vorliegt.

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 578. Sitzung am 15. Dezember 2021 für die SARS-CoV-2-Pandemie folgende Festlegung zur Kennzeichnung der abrechnungsfähigen Leistungen im ersten und zweiten Quartal des Jahres 2022 getroffen:

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

Folgende Leistungen unterliegen in einem Abrechnungsquartal vorbehaltlich der Verrechnung gemäß Ziffer 8.3. der Vergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung aufgrund des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs:

1. Leistungen, die an den Tagen mit Dokumentation der Ziffer 88240 von der Arztgruppe des die Ziffer 88240 dokumentierenden Arztes in dessen Arztpraxis abgerechnet werden.

2. Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen, Zusatzpauschalen für Pneumologie (GOP 04530 und 13650) und Zusatzpauschalen fachinternistische Behandlung (GOP 13250), die im Abrechnungsquartal der Dokumentation der Ziffer 88240 von der Arztgruppe des die Ziffer 88240 dokumentierenden Arztes in dessen Arztpraxis abgerechnet werden.

8.3 Die Menge der im Jahr 2022 aufgrund des Ausnahmeereignisses SARS-CoV-2-Pandemie gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 578. Sitzung gekennzeichneten Leistungen wird entsprechend der Ankündigung in Nr. 3.2 des Beschlusses aus der 567. Sitzung des Bewertungsausschusses am 4. August 2021 mit

dem im Beschluss des BA in seiner 581. Sitzung festgelegten Verfahren mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs verrechnet.

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

8.5 Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die spezifischen Vorgaben über die Ausweisung der in Nr. 3.5.1.1 der Honorarvereinbarung beschriebenen TSVG-Korrekturbereinigung aus der Formblatt 3-Inhaltsbeschreibung (Version 4.32) mit Wirkung für die Rechnungslegung betreffend ab dem 1. Quartal 2022 umgesetzt werden.

8.6 Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die basiswirksame Erhöhung des Behandlungsbedarfs aufgrund der Umsetzung des rückwirkend ab I/2022 geltenden Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 613. Sitzung Teil B (schriftl. Beschlussfassung) gem. Nr. 3.3.3 zur Neuberechnung der MGV nach dieser Honorarvereinbarung führt. Soweit ein Ausweis im Formblatt 3 für Quartale erfolgen soll, für die bereits eine Rechnungslegung erfolgt ist, wird die ermittelte Differenz über den Vorgang 71 im nächsterreichbaren Quartal ausgewiesen. Die Vertragspartner stellen darüber hinaus sicher, dass der für das jeweilige Folgejahresquartal zu bestimmende Ausgangswert für die Berechnungen der MGV nach den Regelungen des Aufsatzwertebeschlusses und dem jeweils gültigen Honorarvertrag die vorbezeichneten Neuberechnungen berücksichtigt. Hierzu stimmen die Vertragspartner die MGV der betroffenen Quartale, für die bereits eine Rechnungslegung erfolgt ist, zusammen mit der MGV des Quartals ab, in dem der Verrechnungsvorgang ausgewiesen wird.

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.

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 26.01.2023

……..…..
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 2022 vom 06.12.2021

Anlage 1
zur Honorarvereinbarung 2022

Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg

wird noch ausgeführt

Honorarvereinbarung 2022 vom 06.12.2021

Anlage 2
zur Honorarvereinbarung 2022

Begriffserläuterung:

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

Abkürzungen:

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

Quartal 1/2022

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des
Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2022 in Hamburg

Regionaler Punktwert 2022:	**0,114494 EUR**
Regionaler Punktwert 2021:	**0,113098 EUR**
Regionaler Punktwert 2020:	**0,111429 EUR**

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen Vorjahresquartal (VJQ) (basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im VJQ auf der Grundlage der Satzarten: **KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
2.	3.3.1 Nr. 1	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste durch Subtraktion von: **540.000 Punkte**	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 den GOP 32459, 32774 und 32775 („Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, 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. 3	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOP 32480 und 32557 („Labor zu Wirkstoffen Velmanase alfa und Daratumumab“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. durch Addition von: **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).**	x	x
4.a		**= Schritt 3.a + Schritt 4.**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
5.	3.3.1 Nr. 4	Anpassung des Behandlungsbedarfs in Umsetzung des 563. BA (Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie) basiswirksam durch Subtraktion von: **594.955 Punkte**	x	x
5.a		**= Schritt 4.a - Schritt 5.**	x	x
6.	3.3.1 Nr. 5	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 32362 und 32363 („Präeklampsie“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden 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. 6	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 01645 sowie Leistungen nach Nr. 4.3.0 Allgemeine Bestimmungen EBM für die Indikation Mandeloperation und Gebärmutterentfernung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden durch Addition von: **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
7.a		**= Schritt 6.a + Schritt 7.**	x	x
7.b	3.3.1 Nr. 7	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Einführung der Hygienezuschläge durch Addition von **5.095.016 Punkten**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
7.c		**= Schritt 7.a. + Schritt 7.b**	x	x
8.	3.3.2	Berücksichtigung des basiswirksamen Bereinigungsbetrages für die Kinderärztliche Förderung durch Subtraktion von: **991.981,3 Pkt.**	x	
8.a		**= Schritt 7.c - Schritt 8.**	x	
8.b	3.3.3	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Anpassung humangenetischer Leistungen an den Stand der Wissenschaft und Technik durch Addition von: **1.902.540 Punkte**	x	x
8.c		**= Schritt 8.a + Schritt 8.b**	x	x
9.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung: durch Subtraktion von: **ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)**	x	
9.a		**= Schritt 8.c - Schritt 9.**	x	x
10	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung (SV_BEVERZICHT_SUM) **Bereinigungsvolumina im Fall des Bereinigungsverzichts**	x	x
10.a		**= Schritt 9.a - Schritt 10.**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
10.b	3.5.1.1	Subtraktion des basiswirksamen Bereinigungsbetrages entsprechend der Vorgaben des 581. BA für ein Verfahren zur Korrektur der Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V um die bisher nicht berücksichtigten Leistungsmengen der in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 5 und 6 SGB V genannten Leistungen.	x	x
10.c		**= Schritt 10.a - Schritt 10.b.**	x	x
11.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten **= Schritt 10.c * 0,0567 %**	x	x
11a		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten **= Schritt 10.c + Schritt 11.**	x	x

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
12.	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
12.a	3.6.1	**Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet** sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich **abgezogen**.	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
12.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
12.c	3.6.1	**= Schritt 12. - Schritt 12.a + Schritt 12b**	x	x
12.d		**Umrechnung in Punkte** **= Schritt 12.c / regionaler Punktwert des Jahres 2021**	x	x
13.	3.6.1	**Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge** nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
13.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. 4 der HON genannten Leistungen nach den GOP 32459, 32774 und 32775 („Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
13.b	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 6 der HON genannten Leistungen nach den GOP 32480 und 32557 („Labor zu Wirkstoffen Velmanase alfa und Daratumumab“) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
13.c	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 5	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 5 der HON genannten Leistungen der GOP 32362 und 32363 („Präeklampsie“) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
13.d	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 6	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 6 der HON genannten Leistungen nach der GOP 01645 sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikationen Mandeloperationen und Gebärmutterentfernung (Zweitmeinung) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK (wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
13.e		Angepasste Leistungsmenge in Punkten **= Schritt 12.d - Schritt 13 + Schritt 13.a +Schritt 13.b + Schritt 13.c + Schritt 13.d**	x	x
14.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf **= Schritt 13.e Einzelkasse / Schritt 13.e GKV-weit**	x	x
15.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten **= Schritt 11.a. * Schritt 14.**	x	x
16.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht **kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen (max. Wert aus Schritt 10)**	x	x
16.a		**= Schritt 15. + Schritt 16.**	x	x

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
17.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: **= Schritt 16.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)**	x	x
18.	3.7.1.1	Ermittlung und Abzug des anzuwendenden kassenspezifischen Korrekturbetrages bzgl. der TSVG-Bereinigung.	x	x
18.a	3.7.1.1	**= Schritt 17. - Schritt 18.**	x	x
19.	3.7.1.2 a) und b)	Feststellung der maßgeblichen Behandlungsbedarfserhöhung für die Leistungen des Kapitels 25 (ohne GOP 25228 und 25230) „Strahlentherapie“: Die **30.183.431** Punkten des Quartals 1/2021 werden um den arithmetischen Mittelwert der vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2021 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsraten **(-0,1125 %**) erhöht, um den arithmetischen Mittelwert aus den vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2022 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsraten **(-0,0992 %)** abgesenkt und mit dem folgenden KV-spezifischen Faktor in Höhe von **5,7528%** multipliziert. = **30.183.431 * (1 + (-0,1125 %)) * (1 - (-0,0992 %)) * 5,7528 %**	x	
19.a	3.7.1.2 c)	Ermittlung des kassenspezifischen Anteils der Behandlungsbedarfserhöhung **(Kassenspezifischer Leistungsbedarf der Versicherten an den Leistungen des Kapitels 25 (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) im entsprechenden Vorjahresquartal) / (GKV-Wert für die vorgenannten Leistungen) * Schritt 19.**		x
19.b		**= Schritt 18.a + Schritt 19.a**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
20.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate **= Schritt 19.b + (Schritt 19.b * (- 0,0992 %)**	x	x
21.	3.9.1	**Gesamtbereinigungsmengen des VJQ**	x	x
21.a	3.9.1	**Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ** unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.2 HON von + **0,0567 %** sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV-EGV Abgrenzung	x	x
21.b	3.9.1	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten **= Schritt 21.a / KASSRG87aMGV_IK des VJQ**	x	x
21.c	3.9.1	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge **= Schritt 21.b * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - KASSRG87aMGV_IK des VJQ)**	x	x
21.d	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf **= Schritt 20 + Schritt 21.c**	x	x
22.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	**Berücksichtigung der Differenzbereinigung** aufgrund von Selektiwerträgen (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 2022**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
24.	3.9.5	Nicht basiswirksame Anpassung der MGV um den Betrag von jeweils 33.409 Euro mit dem kassenspezifisch errechneten Betrag gem. 563. BA zum Einsatz von Diagnostika zur schneller und qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie durch Subtraktion von: **33.409 Euro * Schritt 14.**	x	x
24.a		**Kassenspezifische MGV in Euro** nach Anpassung gem. 563. BA **=Schritt 23.a. - Schritt 24.**	x	x

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

Quartal 2/2022

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des
Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2022 in Hamburg

Regionaler Punktwert 2022:	**0,114494 EUR**
Regionaler Punktwert 2021:	**0,113098 EUR**
Regionaler Punktwert 2020:	**0,111429 EUR**

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen Vorjahresquartal (VJQ) (basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im VJQ auf der Grundlage der Satzarten: **KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)**	x	x
2.	3.3.1 Nr. 1	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste durch Subtraktion von: **540.000 Punkte**	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 den GOP 32459, 32774 und 32775 („Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, 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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
4.	3.3.1 Nr. 4	Anpassung des Behandlungsbedarfs in Umsetzung des 563. BA (Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie) basiswirksam durch Subtraktion von: **594.955 Punkte**	x	x
4.a		**= Schritt 3.a - Schritt 4.**	x	x
5.	3.3.1 Nr. 5	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 32362 und 32363 („Präeklampsie“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden 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. 6	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 01645 sowie Leistungen nach Nr. 4.3.0 Allgemeine Bestimmungen EBM für die Indikation Mandeloperation und Gebärmutterentfernung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden durch Addition von: **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
6.a		**= Schritt 5.a + Schritt 6.**	x	x
6.b	3.3.1 Nr.7	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Einführung der Hygienezuschläge durch Addition von **5.095.016 Punkten**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
6.c		**= Schritt 7.a + Schritt 7.b**	x	x
7	3.3.2	Berücksichtigung des basiswirksamen Bereinigungsbetrages für die Kinderärztliche Förderung durch Subtraktion von: **972.215,4 Pkt.**	x	x
7.a		**= Schritt 6.c - Schritt 7.**	x	
7.b	3.3.3	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Anpassung humangenetischer Leistungen an den Stand der Wissenschaft und Technik durch Addition von: **1.902.540 Punkte**	x	x
7.c		**= Schritt 7.a + Schritt 7.b**	x	x
8.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung: durch Subtraktion von: **ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)**	x	
8.a		**= Schritt 7.c - Schritt 8.**	x	x
9.	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung (SV_BEVERZICHT_SUM) durch Subtraktion von: **Bereinigungsvolumina im Fall des Bereinigungsverzichts**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
9.a		**= Schritt 8.a - Schritt 9.**	x	x
9.b	3.5.1.1	Subtraktion des basiswirksamen Bereinigungsbetrages entsprechend der Vorgaben des 581. BA für ein Verfahren zur Korrektur der Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V um die bisher nicht berücksichtigten Leistungsmengen der in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 5 und 6 SGB V genannten Leistungen.	x	x
9.c		**= Schritt 9.a - Schritt 9.b**	x	x
10.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten **= Schritt 9.c * 0,0567 %**	x	x
10.a		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten **= Schritt 9.c + Schritt 10.**	x	x

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
11.	3.6.1	**Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ in Euro (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).** Dabei erfolgt die Abgrenzung nach dem MGV/EGV-Kennzeichen „1“.	x	x
11.a	3.6.1	**Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet** sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich **abgezogen**.	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
11.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
11.c	3.6.1	**= Schritt 11. - Schritt 11.a + Schritt 11.b**	x	x
11.d		**Umrechnung in Punkte** **= Schritt 11.c / regionaler Punktwert des Jahres 2021**	x	x
12.	3.6.1	**Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge** nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
12.a	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 den GOP 32459, 32774 und 32775 („Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie“) im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
12.b	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 5	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 5 der HON genannten Leistungen der GOP 32362 und 32363 („Präeklampsie“) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden	x	x
12.c	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 6	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 6 der HON genannten Leistungen nach der GOP 01645 sowie der leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikationen Mandeloperationen und Gebärmutterentfernung (Zweitmeinung) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK(wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
12.d		Angepasste Leistungsmenge in Punkten **= Schritt 11.d - Schritt 12 + Schritt 12.a +Schritt 12.b + Schritt 12.c**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
13.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf **= Schritt 12.d Einzelkasse / Schritt 12.d GKV-weit**	x	x
14.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten **= Schritt 10.a. * Schritt 13.**	x	x
15.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht **kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen (max. Wert aus Schritt 9.)**	x	x
15.a		**= Schritt 14. + Schritt 15.**	x	x

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
16.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: **= Schritt 15.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)**	x	x
17.	3.7.1.1	Ermittlung und Abzug des anzuwendenden kassenspezifischen Korrekturbetrages bzgl. der TSVG-Bereinigung.	x	x
17.a	3.7.1.1	**= Schritt 16. - Schritt 17.**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
18.	3.7.1.2 a) und b)	Feststellung der maßgeblichen Behandlungsbedarfserhöhung für die Leistungen des Kapitels 25 (ohne GOP 25228 und 25230) „Strahlentherapie“: Die **33.330.904** Punkten des Quartals 2/2021 werden um den arithmetischen Mittelwert der vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2021 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsraten **(-0,1125 %)** erhöht, um den arithmetischen Mittelwert aus den vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2022 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsraten **(-0,0992 %)** abgesenkt und mit dem folgenden KV-spezifischen Faktor in Höhe von **5,7528%** multipliziert. = **33.330.904 * (1 + (-0,1125 %)) * (1 - (-0,0992 %)) * 5,7528 %**	x	
18.a	3.7.1.2 c)	Ermittlung des kassenspezifischen Anteils der Behandlungsbedarfserhöhung **(Kassenspezifischer Leistungsbedarf der Versicherten an den Leistungen des Kapitels 25 (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) im entsprechenden Vorjahresquartal) / (GKV-Wert für die vorgenannten Leistungen) * Schritt 18.**		x
18.b		**= Schritt 17.a + Schritt 18.a**	x	x
19.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate **= Schritt 18.b + (Schritt 18.b * (- 0,0992 %)**	x	x
20.	3.9.1	**Gesamtbereinigungsmengen des VJQ**	x	x
20.a	3.9.1	**Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ** unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.2 HON von + **0,0567 %** sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV-EGV Abgrenzung	x	x
20.b	3.9.1	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten **= Schritt 20.a / KASSRG87aMGV_IK des VJQ**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
20.c	3.9.1	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge **= Schritt 20.b * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - KASSRG87aMGV_IK des VJQ)**	x	x
20.d	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf **= Schritt 19 + Schritt 20.c**	x	x
21.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	**Berücksichtigung der Differenzbereinigung** aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)	x	x
22.		Ermittlung **KASSRG-Wert** **= Schritt 20.d - Schritt 21.**	x	x
22.a		Kassenspezifische MGV in Euro **= Schritt 22. * regionaler Punktwert des Jahres 2022**	x	x
23.	3.9.5	Nicht basiswirksame Anpassung der MGV um den Betrag von jeweils 33.409 Euro mit dem kassenspezifisch errechneten Betrag gem. 563. BA zum Einsatz von Diagnostika zur schneller und qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie durch Subtraktion von: **33.409 Euro * Schritt 13.**	x	x
23.a		**Kassenspezifische MGV in Euro** nach Anpassung gem. 563. BA **= Schritt 22.a. - Schritt 23.**	x	x

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

Quartal 3/2022

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des
Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2022 in Hamburg

Regionaler Punktwert 2022:	**0,114494 EUR**
Regionaler Punktwert 2021:	**0,113098 EUR**
Regionaler Punktwert 2020:	**0,111429 EUR**

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen Vorjahresquartal (VJQ) (basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im VJQ auf der Grundlage der Satzarten: **KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)**	x	x
2.	3.3.1 Nr. 1	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste durch Subtraktion von: **44.000 Punkte**	x	x
2.a		**= Schritt 1 - Schritt 2**	x	x
3.	3.3.1 Nr. 5	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 32362 und 32363 („Präeklampsie“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, 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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
4.	3.3.1 Nr. 6	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 01645 sowie Leistungen nach Nr. 4.3.0 Allgemeine Bestimmungen EBM für die Indikation Mandeloperation und Gebärmutterentfernung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden durch Addition von: **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
4.a		**= Schritt 3.a + Schritt 4.**	x	x
4.b	3.3.1 Nr. 7	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Einführung der Hygienezuschläge durch Addition von **5.095.016 Punkten**	x	x
4.c		**= Schritt 4.a + Schritt 4.b**	x	x
4.d	3.3.1 Nr. 9	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem 596. BA Teil C (Sitzung am 15. Juni 2022) zur „Weiterentwicklung der direkten Erregernachweise in der Mikrobiologie im Abschnitt 32.3 EBM“ durch Addition von 461.936 Punkten	x	x
4.e		**= Schritt 4.c + 4.d**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
5	3.3.2	Berücksichtigung des basiswirksamen Bereinigungsbetrages für die Kinderärztliche Förderung durch Subtraktion von: **993.158,8 Pkt.**	x	x
5.a		**= Schritt 4.e - Schritt 5.**	x	x
5.b	3.3.3	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Anpassung humangenetischer Leistungen an den Stand der Wissenschaft und Technik durch Addition von: **1.902.540 Punkte**	x	x
5.c		**= Schritt 5.a + Schritt 5.b**	x	x
6.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung: durch Subtraktion von: **ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)**	x	
6.a		**= Schritt 5.c - Schritt 6.**	x	x
7	3.5.1	Abzug 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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
7.a		**= Schritt 6.a - Schritt 7.**	x	x
7.b	3.5.1.1	Subtraktion des basiswirksamen Bereinigungsbetrages entsprechend der Vorgaben des 581. BA für ein Verfahren zur Korrektur der Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V um die bisher nicht berücksichtigten Leistungsmengen der in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 5 und 6 SGB V genannten Leistungen.	x	x
7.c		**= Schritt 7.a - Schritt 7.b**	x	x
8.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten **= Schritt 7.c * 0,0567 %**	x	x
8.a		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten **= Schritt 7.c + Schritt 8.**	x	x

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
9.	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
9.a	3.6.1	**Bereichsfremde Leistungen in Euro, die in der Datenlieferung mit MGV/EGV-Kennzeichen „1“ gekennzeichnet** sind, obwohl sie in Hamburg nach Maßgabe von Ziffer 4. der Honorarvereinbarung extrabudgetär (MGV/EGV-Kennzeichen „2“) vergütet werden, werden nachträglich **abgezogen**.	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
9.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
9.c	3.6.1	**= Schritt 9. - Schritt 9.a + Schritt 9.b**	x	x
9.d		**Umrechnung in Punkte** **= Schritt 9.c / regionaler Punktwert des Jahres 2021**	x	x
10.	3.6.1	**Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge** nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
10.a	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 5	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 5 der HON genannten Leistungen der GOP 32362 und 32363 („Präeklampsie“) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden	x	x
10.b	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 6	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 6 der HON genannten Leistungen nach der GOP 01645 sowie der leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikationen Mandeloperationen und Gebärmutterentfernung (Zweitmeinung) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK(wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
10.c		Angepasste Leistungsmenge in Punkten **= Schritt 9.d - Schritt 10 + Schritt 10.a +Schritt 10.b**	x	x
11.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf **= Schritt 10.c Einzelkasse / Schritt 10.c GKV-weit**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
12.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten **= Schritt 8.a. * Schritt 11.**	x	x
13.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht **kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen (max. Wert aus Schritt 7)**	x	x
13.a		**= Schritt 12. + Schritt 13.**	x	x

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
14.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: **= Schritt 13.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)**	x	x
15.	3.7.1.1	Ermittlung und Abzug des anzuwendenden kassenspezifischen Korrekturbetrages bzgl. der TSVG-Bereinigung.	x	x
15.a	3.7.1.1	**= Schritt 14. - Schritt 15.**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
16.	3.7.1.2 a) und b)	Feststellung der maßgeblichen Behandlungsbedarfserhöhung für die Leistungen des Kapitels 25 (ohne GOP 25228 und 25230) „Strahlentherapie“: Die **35.645.542** Punkten des Quartals 1/2021 werden um den arithmetischen Mittelwert der vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2021 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsraten **(-0,1125 %**) erhöht, um den arithmetischen Mittelwert aus den vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2022 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsraten **(-0,0992 %)** abgesenkt und mit dem folgenden KV-spezifischen Faktor in Höhe von **5,7528%** multipliziert. = **35.645.542 * (1 + (-0,1125 %)) * (1 - (-0,0992 %)) * 5,7528 %**	x	
16.a	3.7.1.2 c)	Ermittlung des kassenspezifischen Anteils der Behandlungsbedarfserhöhung **(Kassenspezifischer Leistungsbedarf der Versicherten an den Leistungen des Kapitels 25 (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) im entsprechenden Vorjahresquartal) / (GKV-Wert für die vorgenannten Leistungen) * Schritt 16.**		x
16.b		**= Schritt 15.a + Schritt 16.a**	x	x
17.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate **= Schritt 16.b + (Schritt 16.b * (- 0,0992 %)**	x	x
18.	3.9.1	**Gesamtbereinigungsmengen des VJQ**	x	x
18.a	3.9.1	**Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ** unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.2 HON von + **0,0567 %** sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV-EGV Abgrenzung	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
18.b	3.9.1	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten **= Schritt 18.a / KASSRG87aMGV_IK des VJQ**	x	x
18.c	3.9.1	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge **= Schritt 18.b * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - KASSRG87aMGV_IK des VJQ)**	x	x
18.d	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf **= Schritt 17 + Schritt 18.c**	x	x
19.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	**Berücksichtigung der Differenzbereinigung** aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)	x	x
20.		Ermittlung **KASSRG-Wert** **= Schritt 18.d - Schritt 19.**	x	x
20.a		Kassenspezifische MGV in Euro **= Schritt 20. * regionaler Punktwert des Jahres 2022**	x	x

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

Quartal 4/2022

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des
Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2022 in Hamburg

Regionaler Punktwert 2022:	**0,114494 EUR**
Regionaler Punktwert 2021:	**0,113098 EUR**
Regionaler Punktwert 2020:	**0,111429 EUR**

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen Vorjahresquartal (VJQ) (basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im VJQ auf der Grundlage der Satzarten: **KASSRG87aMGV_IK; KASSRG87aMGV_SUM mit dem Ziel abgestimmter KASSRG87aMGV_IK-Dateien)**	x	x
2.	3.3.1 Nr. 1	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste durch Subtraktion von: **44.000 Punkte**	x	x
2.a		**= Schritt 1 - Schritt 2**	x	x
3.	3.3.1 Nr. 5	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 32362 und 32363 („Präeklampsie“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, 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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
4.	3.3.1 Nr. 6	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 01645 sowie Leistungen nach Nr. 4.3.0 Allgemeine Bestimmungen EBM für die Indikation Mandeloperation und Gebärmutterentfernung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden durch Addition von: **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
4.a		**= Schritt 3.a + Schritt 4.**	x	x
4.b	3.3.1 Nr.7	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Einführung der Hygienezuschläge durch Addition von **5.095.016 Punkten**	x	x
4.c		**= Schritt 4.a + Schritt 4.b**	x	x
4.d	3.3.1 Nr. 8	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 32866, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
4.e		**= Schritt 4.c + Schritt 4.d**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
4.f	3.3.1 Nr. 9	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem 596. BA Teil C (Sitzung am 15. Juni 2022) zur „Weiterentwicklung der direkten Erregernachweise in der Mikrobiologie im Abschnitt 32.3 EBM“ durch Addition von 492.982 Punkten	x	x
4.g		**= Schritt 4.e + 4.f**	x	x
4.h	3.3.1 Nr. 10	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 30810 und 30811 („Verordnung Soziotherapie “) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden durch Addition von: **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
4.i		**= Schritt 4.g + 4.h**	x	x
5	3.3.2	Berücksichtigung des basiswirksamen Bereinigungsbetrages für die Kinderärztliche Förderung durch Subtraktion von: **1.005.670,1 Pkt.**	x	x
5.a		**= Schritt 4.i - Schritt 5.**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
5.b	3.3.3	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Anpassung humangenetischer Leistungen an den Stand der Wissenschaft und Technik durch Addition von: **1.902.540 Punkte**	x	x
5.c		**= Schritt 5.a + Schritt 5.b**	x	x
6.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung: durch Subtraktion von: **ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)**	x	
6.a		**= Schritt 5.c - Schritt 6.**	x	x
7	3.5.1	Abzug 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
7.a		**= Schritt 6.a - Schritt 7.**	x	x
7.b	3.5.1.1	Subtraktion des basiswirksamen Bereinigungsbetrages entsprechend der Vorgaben des 581. BA für ein Verfahren zur Korrektur der Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V um die bisher nicht berücksichtigten Leistungsmengen der in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 5 und 6 SGB V genannten Leistungen.	x	x
7.c		**= Schritt 7.a - Schritt 7.b**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
8.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten **= Schritt 7.c * 0,0567 %**	x	x
8.a		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten **= Schritt 7.c + Schritt 8.**	x	x

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
9.	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
9.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
9.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
9.c	3.6.1	**= Schritt 9. - Schritt 9.a + Schritt 9.b**	x	x
9.d		**Umrechnung in Punkte** **= Schritt 9.c / regionaler Punktwert des Jahres 2021**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
10.	3.6.1	**Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge** nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
10.a	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 5	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 5 der HON genannten Leistungen der GOP 32362 und 32363 („Präeklampsie“) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden	x	x
10.b	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 6	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 6 der HON genannten Leistungen nach der GOP 01645 sowie der leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikationen Mandeloperationen und Gebärmutterentfernung (Zweitmeinung) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK(wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
10.c	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 8	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 8 der HON genannten Leistungen nach der GOP 32866 („Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus“) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
10.d	3.6.1 i.V.m 3.3.1 Nr. 10	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 10 der HON genannten Leistungen nach der GOP 30810 und 30811 („Verordnung Soziotherapie“) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
10.e		Angepasste Leistungsmenge in Punkten **= Schritt 9.d - Schritt 10 + Schritt 10.a +Schritt 10.b + Schritt 10.c + Schritt 10.d**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
11.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf = Schritt 10.e Einzelkasse / Schritt 10.e GKV-weit	x	x
12.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten **= Schritt 8.a. * Schritt 11.**	x	x
13.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht **kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen (max. Wert aus Schritt 7)**	x	x
13.a		**= Schritt 12. + Schritt 13.**	x	x

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
14.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: **= Schritt 13.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)**	x	x
15.	3.7.1.1	Ermittlung und Abzug des anzuwendenden kassenspezifischen Korrekturbetrages bzgl. der TSVG-Bereinigung.	x	x
15.a	3.7.1.1	**= Schritt 14. - Schritt 15.**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
16.	3.7.1.2 a) und b)	Feststellung der maßgeblichen Behandlungsbedarfserhöhung für die Leistungen des Kapitels 25 (ohne GOP 25228 und 25230) „Strahlentherapie“: Die **33.168.141** Punkten des Quartals 1/2021 werden um den arithmetischen Mittelwert der vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2021 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsraten **(-0,1125 %**) erhöht, um den arithmetischen Mittelwert aus den vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2022 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsraten **(-0,0992 %)** abgesenkt und mit dem folgenden KV-spezifischen Faktor in Höhe von **5,7528%** multipliziert. = **33.168.141 * (1 + (-0,1125 %)) * (1 - (-0,0992 %)) * 5,7528 %**	x	
16.a	3.7.1.2 c)	Ermittlung des kassenspezifischen Anteils der Behandlungsbedarfserhöhung **(Kassenspezifischer Leistungsbedarf der Versicherten an den Leistungen des Kapitels 25 (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) im entsprechenden Vorjahresquartal) / (GKV-Wert für die vorgenannten Leistungen) * Schritt 16.**		x
16.b		**= Schritt 15.a + Schritt 16.a**	x	x
17.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate **= Schritt 16.b + (Schritt 16.b * (- 0,0992 %)**	x	x
18.	3.9.1	**Gesamtbereinigungsmengen des VJQ**	x	x
18.a	3.9.1	**Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ** unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.2 HON von + **0,0567 %** sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV-EGV Abgrenzung	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
18.b	3.9.1	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten **= Schritt 18.a / KASSRG87aMGV_IK des VJQ**	x	x
18.c	3.9.1	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge **= Schritt 18.b * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - KASSRG87aMGV_IK des VJQ)**	x	x
18.d	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf **= Schritt 17 + Schritt 18.c**	x	x
19.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	**Berücksichtigung der Differenzbereinigung** aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)	x	x
20.		Ermittlung **KASSRG-Wert** **= Schritt 18.d - Schritt 19.**	x	x
20.a		Kassenspezifische MGV in Euro **= Schritt 20. * regionaler Punktwert des Jahres 2022**	x	x
21.	3.9.6	Nicht basiswirksame Anhebung der MGV um den Betrag von 657.351,80 Euro mit dem kassenspezifisch errechneten Anteil anhand der Datenlieferung KM6 gemäß Beschluss des 633. BA zur außergewöhnlichen Belastung der ambulanten Versorgung durch akute Atemwegserkrankungen **657.351,80 Euro * Anteil gemäß der Datenlieferung KM6 gem. 633. BA**	x	x
21.a		Kassenspezifische MGV in Euro nach Anpassung gem. 633. BA **= Schritt 20.a + Schritt 21.**	x	x

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

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2022

Rechenweg des regionalen Punktwertzuschlags gem. Nr. 2 der Honorarvereinbarung 2022 (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 & 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 2022

Evaluation förderungswürdiger Leistungen und/oder Leistungserbringer

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

I. Regelung in Ziffer 5.1 Hyposensibilisierungsbehandlung

II. Regelung in Ziffer 4.38 Zuschlag Onkologie

III. Regelung in Ziffer 4.100 Zuschläge auf Hausbesuche und die Covid-Sprechstunde

IV. Regelungen in Ziffer 3.3.2 und 5.2 Förderung der Kinderärzte

Zu I.

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

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

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

Zu II.

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

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

Zu III.

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

1. Die Beschreibung des Versorgungsproblems (Defizit) soll die drohenden Engpässe in der Versorgung von Covid 19-Patienten durch Hausärzte bei Hausbesuchen sowie bei Fachärzten in Covid 19-Sprechstunden berücksichtigen (Sicherstellung der ambulanten Versorgung von Covid-19 Patienten).
2. Begründung: Die Vergütungsregelungen bilden den tatsächlich erhöhten Aufwand durch die Versorgung von Covid19-Patienten nicht ab.
3. Ziel ist die Vermeidung des unter 1. beschriebenen Problems.
4. (Indikatoren) Hierzu wird nach Ende der Corona-Pandemie eine qualitative Evaluation der Versorgungssituation unter Berücksichtigung der Förderung erstellt, die insbesondere berücksichtigt,
    a. dass der mit der Leistungserbringung verbundene, Corona-bedingt höhere Aufwand (beispielsweise für Schutzausrüstung, Hygiene, Gespräche, Aufklärung, Logistik, Abstimmung mit dem ÖDG etc.pp.), der zur Zielerreichung notwendig war, mittels der Förderung teilweise abgebildet wurde.
    b. Ferner wird hierbei untersucht, ob und inwieweit der mit der Förderung verbundene Zweck erreicht worden ist.
5. Der Evaluationszeitraum umfasst den Beginn der Zuschlagszahlung bis zum 31.03.2022.
6. Nach Erstellung der Evaluation wird diese vorgestellt und von den Partnern dieser Vereinbarung gemeinsam bewertet.

Zu IV.

1. Beschreibung des Versorgungsproblems

Nach einer wissenschaftlichen Analyse zur pädiatrischen Versorgung in Hamburg wurden im Jahr 2018 vier neue Kinderarztsitze geschaffen. Die Vertragspartner sind sich vor dem Hintergrund der durchgeführten Evaluation darüber einig, dass die Finanzierung der kinderärztlichen Grundversorgung im Stadtgebiet auch zukünftig erforderlich ist. Allerdings soll künftig die Förderungssystematik umgestellt werden. Statt einer basiswirksamen MGV-Einstellung der finanziellen Mittel erfolgt mit Wirkung ab dem 01.01.2022 gem. 3.3.2 in Verbindung mit Ziffer 5.2 eine Zuschlagslösung mit entsprechender Bereinigung der MGV.

Der Schwerpunkt der Stärkungsnotwendigkeit hat sich in den Bereich der Versorgung älterer Kinder (Kinder ab 4 Jahren und schulpflichtige Kinder) verlagert[2]. Das gilt insbesondere für sozialökonomisch benachteiligten Stadtbezirke, in denen eine höhere Morbidität vorliegt[3] und auch mehr chronisch erkrankte Kinder zu versorgen sind. Eine Auswertung der Diagnose- und Abrechnungsdaten[4] zeigt, dass die kinderärztliche Grundversorgung in diesen Stadtbezirken durch ein zusätzliches Angebot von Gesprächsleistungen der sozialpädiatrischen Versorgung und der Psychosomatik gestärkt werden kann.

2. Maßnahmen zur Behebung des Versorgungsproblems

Die Vertragspartner verfolgen vor diesem Hintergrund das Ziel, mit Hilfe von finanziellen Anreizen die kinderärztliche Grundversorgung in Hamburg zu fördern. Die Förderung erfolgt unter Berücksichtigung der durch den Bewertungsausschuss beschlossenen Vorgaben zu förderungswürdigen Leistungen und Leistungserbringern[5] durch Zuschläge

a. auf die GOP 04355 (sozialpädiatrische Versorgung) sowie
b. auf die GOP 04230 bzw. für Schwerpunktpädiater die 04231 EBM (problemorientiertes ärztliches Gespräch)

für Ärzte, die die Berechtigung zur Abrechnung der vorgenannten GOP haben und in genau definierten, sozialökonomisch benachteiligten Bezirken - Bergedorf, Hamburg-Mitte und Harburg - praktizieren. Das Nähere zu den Zuschlägen und den anspruchsberechtigten Ärzten ist in Ziffer 5.2 der Honorarvereinbarung geregelt.[6]

3. Begründung

Die Zuschlagslösung soll sicherstellen, dass das Angebot von Gesprächsleistungen in den Bezirken Bergedorf, Hamburg-Mitte und Harburg verbessert wird, in denen Kinder mit einer vergleichsweise hohen Morbidität leben und medizinisch versorgt werden müssen. Im Übrigen wird auf Ziffer 1. verwiesen.

4. Ziel und Evaluation

Der Förderungszeitraum beträgt 3 Jahre – vom 1. Quartal 2022 bis einschließlich dem 4. Quartal 2024.
Die Abrechnungsfrequenz der anspruchsberechtigten Ärzte soll ausgehend vom Basisjahr bis zum Ende des Förderzeitraums (Evaluationszeitraums) bei der GOP 04355

[2] Zitat: Unsere Präsentation (inkl. Evaluation), Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) „Nachbildung von SGX und UX für Hamburger Stadtteile im Metropolenvergleich mittels IRB-Daten (Ergebnisbericht)“ Dr. Mandy Schulz Ramona Hering Thomas Czihal Berlin, 08.10.2020."
[3] Ebd. A.a.O.
[4] Ebd. A.a.O. bzw. gesonderte Auswertung von Frau Pörtje/Hartmann zu den GOP 04533, 35100 und ggf. weitere Gesprächs-GOP.
[5] Beschluss Nr. 456: https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2019-11-25_ba456.pdf.
[6] Anmerkung: Dort sollte eine Liste der Praxen bzw. der förderungsrelevanten Bezirke aufgenommen werden.

und bei der GOP 04230 bzw. für Schwerpunktpädiater die 04231 EBM mindestens um 5 Prozent im Vergleich zum Basisjahr 2019 gem. der Abrechnungsfrequenz je VZÄ (siehe Anhang 3) gesteigert werden.
Spätestens zwei Monate nach Bereitstellung der EFN-Daten des 4. Quartals 2024 stellt die KV Hamburg eine Evaluation vor. Diese wird von den Partnern dieser Vereinbarung gemeinsam bewertet.

Anhang 1

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

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

Anhang 2

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

Sie war und ist bis heute dadurch gekennzeichnet, dass die Fächeronkologen neben den 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 der Honorarvereinbarung erreicht werden, dass die Fächeronkologie in der existierenden Versorgungsrealität der onkologischen Versorgung in Hamburg erhalten bleibt. Aufgrund der regionalspezifischen Ausrichtung der Vergütungshöhe der Pauschalen nach der Onkologie-Vereinbarung sahen die Partner der Honorarvereinbarung auch der Höhe nach in einer Bewertung mit 191 Punkten für den Zuschlag ein taugliches Mittel zur Zielerreichung.

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

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

Damit werden die Voraussetzungen des 456. Beschlusses des Bewertungsausschusses über die Grundlagen für Förderungswürdige

Leistungen/Leistungserbringer erfüllt.

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

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

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

Anhang 3

Abrechnungsfrequenzen je VZÄ bezogen auf das Basisjahr 2019 in den Bezirken Bergedorf, Hamburg-Mitte und Harburg

	1. Quartal 2019	2. Quartal 2019	3. Quartal 2019	4. Quartal 2019	Durchschnitt
GOP 04230	517	469	450	488	480
GOP 04355	103	91	90	94	94

Protokollnotiz
zur
Honorarvereinbarung 2022

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 das 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 2022 hinausgehen, die nachfolgenden Feststellungen und werden diese in der Protokollnotiz für die Folgejahre fortführen und unter Berücksichtigung etwaiger Folgebeschlüsse umsetzen. Dies betrifft insbesondere folgende Beschlüsse:

a) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 53. EBA, geändert durch den 430. BA, anzuwenden ist. Die Protokollnotiz Nr. 1 des Beschlusses regelt, dass für den Fall, dass bis zum 31. Dezember 2020 festgestellt werden kann, dass für einen Großteil der Vertragsarztpraxen die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum BMV-Ä vorliegen, eine bis dahin extrabudgetär vergütete Leistung in die betroffenen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen als deren Teilleistung überführt wird. Das bedeutet, dass in diesem Fall ab 01.01.2021 die GOP 01641 (Zuschlag Notfalldatensatz) nach den im 53. EBA, geändert durch den 430. BA, in Teil C festgelegten Voraussetzungen im EBM und in Ziffer 4.62 gestrichen wird und gleichzeitig der Behandlungsbedarf nach Maßgabe des Teil C des Beschlusses angehoben wird. Unter diesen Voraussetzungen wird die Protokollnotiz in 2021 umgesetzt. Die Vertragspartner nehmen mit dem Unterschriftdatum dieser Honorarvereinbarung zur Kenntnis, dass die Feststellungen nach Satz 1 noch nicht getroffen worden sind und führen die Protokollnotiz fort. Etwaige Änderungen werden in Nachträgen zur Honorarvereinbarung 2022 getroffen, andernfalls wird diese Protokollnotiz auch in 2023 fortgeschrieben.

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

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

Nr.	Zweitmeinungsverfahren	Einführung EGV	Überführung in die MGV
1	Mandeloperation	01.01.2019 – 31.12.2021	01.01.2022
2	Gebärmutterentfernungen	01.01.2019 – 31.12.2021	01.01.2022
3	Arthroskopische Eingriffe an der Schulter	19.02.2020/01.04.2020 – 31.12.2023	01.01.2023
4	Amputation beim diabetischen Fußsyndrom	26.5.2021/01.07.2021 – 31.03.2024	01.04.2024
5	Implantationen einer Knieendoprothese	11.01.2021/01.04.2021 – 31.12.2023	01.01.2024
6	Eingriffe an der Wirbelsäule	19.11.2021/01.01.2022 – 30.09.2024	01.10.2024
7	Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen	31.05.2022 – 31.03.2025	01.04.2025
8	Eingriffe zur Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators oder eines CRT-Aggregats	28.07.2022 – 30.06.2025	01.07.2025

c) Die Vertragspartner setzen mit Wirkung ab dem 01.07.2020 den 480. BA (schriftliche Beschlussfassung) zur basiswirksamen Anpassung des Behandlungsbedarfes im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste aufgrund der Übermittlung elektronischer Briefe unter Berücksichtigung der dort genannten Werte um. Das bedeutet, dass die jeweils maßgeblichen Werte gemäß nachfolgender Tabelle (Angaben in Tsd. Punkten) umgesetzt werden und diese Regelung zu diesem Zwecke in dem Folgejahr 2023 fortgeschrieben wird:

KV-Bezirk	1/2023 – 2/2023
Hamburg	43

d) Die Vertragspartner werden mit Wirkung ab dem 01.07.2020 den 481. BA (schriftliche Beschlussfassung) umsetzen. Das bedeutet, dass die EGV-Stellung der GOP 01660 zum 30.06.2023 endet. Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz in 2023 umgesetzt.

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

f) 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 2026 fortgeschrieben.

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

über das weitere Vorgehen hinsichtlich der Finanzierung. Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz bis 2023 fortgeschrieben.

h) Die Vertragspartner setzen den 513. BA um, dass bedeutet neben den Regelungen in Ziffer 3.7.1.2 dieser Honorarvereinbarung auch die EGV-Stellung des Kapitels 25 EBM ab 2023 umgesetzt wird. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz vorbehaltlich abweichender Beschlüsse in 2023 umgesetzt.

Die Vertragspartner haben das gleiche Verständnis der Nr. 2 der Protokollnotiz im 596. BA zu Strahlentherapie bzgl. der Ausdeckelung ab 01.01.2023. Die Finanzierung der strahlentherapeutischen Leistungen erfolgt ab dem 1. Januar 2023 vorbehaltlich abweichender Beschlüsse wieder außerhalb der MGV. Damit wird die bestehende Beschlussfassung (vgl. 513. Sitzung) umgesetzt. Dabei bleibt der vom EBA zum 1. Januar 2022 in den Abschnitt 25.2 aufgenommene Hygienezuschlag nach der GOP 25215 (vgl. 74. Sitzung) unberücksichtigt – dieser wird weiterhin innerhalb der MGV vergütet.

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 steht der Termin der Rücküberführung vorbehaltlich einer Entscheidung der Träger des Bewertungsausschusses, insbesondere über die der Mengenentwicklung fest. Davon sind insbesondere Beschlüsse betroffen, die auf den 323. BA Nr. 5 verweisen. In diesen Fällen erfolgt die Rücküberführung vorbehaltlich abweichender nachgehender Beschlüsse 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).

i) Die Vertragspartner setzen den 581. BA (Sitzung am 26.01.2022) zur basiswirksamen Bereinigung entsprechend der Vorgaben für ein Verfahren zur Korrektur der Bereinigung

nach § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V um die bisher nicht berücksichtigten Leistungsmengen der in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 5 und 6 SGB V genannten Leistungen um. Das bedeutet, dass Differenzen zwischen den Vorabberechnungen der KVH für das 4. Quartal 2022 und der Berechnung durch das Institut des Bewertungsausschusses bei der Rechnungslegung des Folgequartals (1. Quartal 2023) zu berücksichtigen sind.

j) Die Vertragspartner werden den 592. BA (schriftliche Beschlussfassung) zur Rücküberführung der GOP 32866 umsetzen. Das bedeutet, dass auch in der Honorarvereinbarung 2023 die Rücküberführung bis einschließlich Quartal 3/2023 fortgeführt wird. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz vorbehaltlich abweichender Beschlüsse in 2023 umgesetzt.

k) 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. Das bedeutet, dass die Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auch für die Quartale 1 + 2/2023 erfolgt. Für das Quartal 1/2023 beträgt die Erhöhung 606.229 Punkte und für das Quartal 2/2023 455.003 Punkte. Des Weiteren werden die Beschlüsse zu den Korrekturquartalen 1 – 4/2026 umgesetzt. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz vorbehaltlich abweichender Beschlüsse in 2023 umgesetzt und in Bezug auf die Korrektur in 2026 fortgeführt.

5. Den Vertragspartnern ist weiterhin bewusst, dass die Beanstandung des 426. Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 18.09.2018 Gegenstand eines Rechtsstreits beim LSG Berlin-Brandenburg unter dem Aktenzeichen L7KA47/18KL ist. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die nach einem nicht mehr anfechtbaren Urteil in diesem Rechtsstreit geltende oder herzustellende Beschlusslage rückwirkend auf die Honorarvereinbarung 2019 angewendet und insoweit - wenn notwendig - eine Rückabwicklung des Vertrages stattfindet.

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

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

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

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

Hierzu hat sich die KV Hamburg in einem 1. Schritt zur operativen Umsetzung mit Wirkung für Abrechnungsquartale ab dem 01.01.2021ff in dem in Ziffer 12 beschriebenen Umfang verpflichtet.
Ausdrücklich nicht umfasst von diesem 1. Schritt sind GOP, die im Abrechnungsquartal nach den Regelungen der Honorarvereinbarung extrabudgetär vergütet werden, für die aber neben dem Preis der regionalen Eurogebührenordnung sonstige, die Vergütungshöhe beeinflussende Regelungen existieren und Anwendung finden.
Aufgrund der ausgesprochenen Komplexität der Auswirkungen einer Einbeziehung der vorgenannten Ausnahmen in künftige Regelungen der Ziffer 12, verständigen sich die Vertragspartner auf das nachfolgende Vorgehen:

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

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

Anhang 1 Protokollnotiz Honorarvereinbarung 2022

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
1	Umgesetzt infolge des 3. Nachtrags zur Honorarvereinbarung 2022			
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
5	Umgesetzt infolge des 1. Nachtrags zur Honorarvereinbarung 2022			
6	Ziffer 4.88 - Videofallkonferenz und Authentifizierung - GOP 01442	01.01.2023 - Eindeckelung	453. BA Teil B i.V.m 570. BA Teil B	2
7	Ziffer 4.89 - Humangenetische Leistungen - GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236	01.01.2023 - Eindeckelung	372. BA i.V.m. 448. BA	1

8	Ziffer 4.43 - Humangenetische Leistungen - EBM-Abschnitt 19.4.2	01.07.2023 - Eindeckelung	372. BA i.V.m. 448. BA	1
9	Umgesetzt infolge des 2. Nachtrags zur Honorarvereinbarung 2022 (592. BA)			
10	Umgesetzt infolge des 1. Nachtrags zur Honorarvereinbarung 2022			
11	Ziffer 4.104 - vertragsärztliche und sektorenübergreifende Telekonsile gem. der Telekonsilien-Vereinbarung - GOP 01670 bis 01672	Eindeckelung	60. EBA	3
12	Umgesetzt infolge des 3. Nachtrags zur Honorarvereinbarung 2022			
13	Ziffer 4.110 - Zusatzpauschale Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA somnio - GOP 01471	01.01.2023 - Eindeckelung	70. EBA Teil E	2
14	Ziffer 4.111 - Elektronische Patientenakte - GOP 01431 und 01647	01.01.2023 - Eindeckelung	69. EBA Teil B	2

15	Umgesetzt infolge des 3. Nachtrags zur Honorarvereinbarung 2022			
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	01.10.2023 - Eindeckelung	567. BA Teil B	2
19	Ziffer 4.118 (1) - Probatorische Sitzungen im Gruppensetting - GOP 35163 bis 35169	Eindeckelung	567. BA Teil B	3
20	Ziffer 4.118 (2) - Gruppenpsychothera-peutische Grundversorgung - GOP 35173 bis 35179	Eindeckelung	567. BA Teil B	3
21	Ziffer 4.118 (3) - GOP 01410 und 01413 im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gemäß § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie	01.10.2023 - Eindeckelung	567. BA Teil B	2
22	Ziffer 4.83 - HIV-Präexpositionsprophylaxe - Abschnitt 1.7.8 EBM	01.01.2023 - Eindeckelung	570. BA	2
23	Ziffer 4.84 - Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA - GOP 32850	01.01.2023 - Eindeckelung	570. BA	1
24	Redaktionelle Streichung, da in Nr. 6 enthalten			

25	Ziffer 4.119 - Biomarkerbasierter Test sowie Untersuchung auf Mikrosatelliteninstabilität - GOP 19506	01.10.2023 - Eindeckelung	570. BA Teil C	2
26	Ziffer 4.120 - Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken - GOP 01540 bis 01545	01.04.2024 - Eindeckelung der GOP 01540 bis 01542 01.04.2023 - Eindeckelung der GOP 01543 bis 01545	572. BA Teil B Nr. 2 572. BA Teil B Nr. 3	2
27	Ziffer 4.121 - 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 4.122 - Telemonitoring bei Herzinsuffizienz - GOP 03325, 03326, 04325, 04326, 13578, 13579, 13583 bis 13587 und 40910	01.01.2024 - Eindeckelung	76. EBA Teil. B	2
29	Ziffer 4.124 - Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA vivira - GOP 01472	01.07.2024 - Eindeckelung	595. BA Teil C	2
30	Ziffer 4.125 - Orale Hyposensibili-sierungsbehandlung - GOP 30133 und 30134	01.07.2024 - Eindeckelung	590.BA Teil B	2
31	Ziffer 4.126 - Zuschlag im Zusammenhang mit der Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation - GOP 01613	01.07.2024 - Eindeckelung	608. BA Teil B	2

32	Ziffer 4.127 - Genotypisierung zur Bestimmung des UDP-Glucuronosyltransferase 1A1 - GOP 32868	01.10.2024 - Eindeckelung	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).	01.10.2024 – Eindeckelung	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 Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege sowie Außerklinischer Intensivpflege -GOP 37700, 37701, 37704 bis 37706 und 37714	Eindeckelung Eindeckelung	617. BA Teil C	2 Die Vertragspartner tauschen sich rechtzeitig vor dem 01.12.2024 erneut darüber aus, inwieweit die Eindeckelung innerhalb eines Quartals umsetzbar ist.

Zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg)**

und

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

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

wird die folgende

Honorarvereinbarung 2023
i. d. F. des 1. Nachtrages

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitlich vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2023“ Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Präambel

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

1. Regionale Gebührenordnung

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

2. Regionaler Punktwert

Der Punktwert zur Berechnung der regionalen EUR-Gebührenordnung beträgt 11,5950 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 0,900 Prozent (0,1035 Cent) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 11,4915 Cent als Orientierungswert.

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

3. Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des nach Maßgabe der nachstehenden Ziffern 3.1 bis 3.11 sowie den Vorgaben und Empfehlungen des 383. BA in seiner Sitzung am 21.09.2016 zuletzt geändert mit Beschluss des BA in seiner 598. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und etwaigen Folgebeschlüssen des BA bzw. EBA (im Folgenden „Aufsatzwertebeschluss“) ermittelten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs des jeweiligen Quartals und dem Punktwert nach Ziffer 2. Die Berechnung erfolgt für jedes Quartal des Jahres 2023 getrennt.

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

3.2 NN

3.3

3.3.1 Zur Berücksichtigung der im Vergleich mit den Vorjahresquartalen geänderten Abgrenzung morbiditätsbedingter von extrabudgetärer Gesamtvergütung ist der Behandlungsbedarf nach Ziffer 3.2 gemäß den Vorgaben des Aufsatzwertbeschlusses, Ziffer 2.2.1.2 i. V. m. dem 603. BA (Sitzung vom 05.08.2022) („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 01.01.2023 bis 31.12.2023 (Quartale 1/2023 bis 4/2023) werden in Umsetzung des 430. BA (12.12.2018) die Leistungen nach der GOP 01645 sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „Arthroskopische Eingriffe an der Schulter“ 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 01.01.2023 bis 31.12.2023 (Quartale 1/2023 bis 4/2023) werden die Leistungen nach den GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236 („humangenetische Leistungen“) in Umsetzung der Nr. 4 des 448. BA (schriftliche Beschlussfassung) 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 01.07.2023 bis 30.06.2024 (Quartale 3/2023 bis 2/2024) werden die Leistungen nach dem Abschnitt 19.4.2 EBM („humangenetische Leistungen“) in Umsetzung der Nr. 4 des 448. BA (schriftliche Beschlussfassung) 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.

4. Mit Wirkung ab dem 01.01.2023 bis 30.09.2023 (Quartale 1/2023 bis 3/2023) werden die Leistungen nach der GOP 30810 und 30811 („Verordnung Soziotherapie“) in Umsetzung des 516. BA Teil B (schriftliche Beschlussfassung) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt. Hierbei wird das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des

Aufsatzwertebeschlusses angewendet, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten in Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt werden.

5. Aufgehoben durch den 1. Nachtrag zur Honorarvereinbarung 2023

6. Aufgehoben durch den 1. Nachtrag zur Honorarvereinbarung 2023

7. Mit Wirkung ab dem 01.01.2023 bis 30.09.2023 (Quartale 1/2023 bis 3/2023) wird die Leistung nach der GOP 32866 („Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus“) in Umsetzung des 592. BA (schriftliche Beschlussfassung) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt. Hierbei wird das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Aufsatzwertebeschlusses angewendet, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten in Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt werden.

8. Mit Wirkung ab dem 01.01.2023 bis 31.12.2023 (Quartale 1/2023 bis 4/2023) werden die Leistungen nach der GOP 01431 und 01647 („Elektronische Patientenakte“) in Umsetzung des 69. EBA Teil B (Sitzung am 17.02.2021) 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

9. Mit Wirkung ab dem 01.01.2023 bis 31.12.2023 (Quartale 1/2023 bis 4/2023) werden die Leistungen nach der GOP 01471

   („Zusatzpauschale Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA“) in Umsetzung des 70. EBA Teil E (Sitzung am 17.03.2021) 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

10. Mit Wirkung ab dem 01.01.2023 bis 30.06.2023 (Quartale 1/2023 bis 2/2023) in Umsetzung des 596. BA Teil C (Sitzung am 15. Juni 2022) zur „Weiterentwicklung der direkten Erregernachweise in der Mikrobiologie im Abschnitt 32.3 EBM“ erfolgt unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 87 Absatz 2 Satz 3 SGB V für die Leistungen nach den GOP 32050, 32670, 32680, 32681, 32683, 32701, 32702,32704, 32705, 32721, 32723, 32785 bis 32790, 32800 bis 32809, 32815, 32817,32831, 32833, 32839, 32842 bis 32847 und 32851 bis 32853 jeweils eine basiswirksame Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung um den nachfolgenden Betrag: Abrechnungsquartal 1/2023 in Höhe von 606.229 Punkten Abrechnungsquartal 2/2023 in Höhe von 455.003 Punkten.

11. Mit Wirkung ab 01.01.2023 bis 30.06.2023 (Quartale 1/2023 bis 2/2023) wird der Behandlungsbedarf im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste aufgrund der Übermittlung elektronischer Briefe gemäß des 480. BA (schriftliche Beschlussfassung) angepasst. Für das 1. und 2. Quartal 2023 werden jeweils 43.000 Punkte basiswirksam abgezogen.

12. Mit Wirkung ab dem 01.01.2023 bis 31.12.2023 (Quartale 1/2023 bis 4/2023) wird der Behandlungsbedarf im Zusammenhang mit der Ausdeckelung des Kapitels 25 (Strahlentherapie) gem. Teil B Abschnitt III des 513. BA in seiner Sitzung am 15.09.2020 angepasst. Hierzu wird der Behandlungsbedarf für jedes der vier Abrechnungsquartale des Jahres 2023 basiswirksam um die Punktzahl reduziert, die sich aus der Summe der Größen a) und b) wie folgt ergibt:

    a) die jeweiligen Punktzahlen aus Nr. 2 bis 5 des vorgenannten Beschlusses sind um die für die Jahre 2021 und 2022 vereinbarten Raten der Morbiditätsstrukturveränderung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu erhöhen, mit der Zahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im Jahr 2022 zu multiplizieren und durch die Zahl der Versicherten mit Wohnort Hamburg im Jahr 2021 zu dividieren

    b) die jeweiligen Punktzahlen, die sich aus der Berechnung nach Nr. 7 des vorgenannten Beschlusses ergeben, sind um die für das Jahr 2022 im vereinbarte Rate der Morbiditätsstrukturveränderung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu erhöhen.

13. Mit Wirkung ab dem 01.01.2023 bis 31.12.2023 (Quartale 1/2023 bis 4/2023) wird der Behandlungsbedarf im Zusammenhang mit der Ausdeckelung der GOP 04001 und 04002, die im Zusammenhang mit der GOP 04550 abgerechnet werden, angepasst. Hierbei wird das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Aufsatzwertebeschlusses angewendet.

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

3.5

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

3.5.1.1 Der festgestellte, bereinigte Behandlungsbedarf gemäß Ziffer 3.5.1 dieser Vereinbarung wird in Umsetzung des 623. BA (schriftliche Beschlussfassung zur Rücküberführung TSVG-Konstellation Neupatient) wie folgt basiswirksam erhöht:

1. Die konkret für ein Quartal anzuwendenden Rückführungsbeträge werden gem. 3.1 des vorgenannten Beschlusses vom InBA berechnet.
2. Hierauf basiert für das 1. Quartal 2023 die konkrete Festlegung des anzuwendenden Rücküberführungsbetrages in H.v. 210.794.325 Punkten nach Teil B des 623. BA sowie für das 2. Quartal in H.v. 208.872.848 Punkten nach dem 630. BA.
3. Für die Quartalen 3 bis 4 / 2023 erfolgt die Festlegung nach den Vorgaben der Ziffer 3.2 des 623. BA durch gesonderte Beschlüsse. Die festgelegten Rücküberführungsbeträge sind zu verwenden.
4. Die konkret für das jeweilige Quartal nach Nr. 2 bzw. 3 festgelegten Rücküberführungsbeträge werden für jedes Quartal des Jahres 2023 auf den nach Ziffer 3.3.1 dieser Vereinbarung festgestellten, bereinigten Behandlungsbedarf basiswirksam hinzuaddiert.

3.5.2 Zu dem nach 3.5.1 festgestellten Behandlungsbedarf wird in Umsetzung des 439. BA (Sitzung am 19.06.2019) und des 441. BA (Sitzung am 14.08.2019) sowie gemäß des 451. BA (Sitzung am 17.09.2019) im Jahr 2022 in jedem Quartal (Quartale 1/2022 bis 4/2022) der durch den Bewertungsausschuss bis spätestens zum 31. August des Vorjahres beschlossene prozentuale Ausgleichsbetrag des Kassenwechslereffekts unter Beachtung des Vorzeichens (positiv oder negativ) hinzuaddiert.

Der für jedes Quartal des Jahres 2023 anzuwendende prozentuale Ausgleichsbetrag beträgt +0,0517 Prozent (607. 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 2023 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 604. BA-Beschluss (schriftliche Beschlussfassung) berechneten Veränderungsraten zu 50 Prozent anhand der Demografie (-0,1281 % * 50 % = -0,06405 %) und zu 50 Prozent anhand der Diagnosen (-0,4133 % * 50 % = -0,20665 %). Der Aufsatzwert wird damit um -0,2707 Prozent abgesenkt.

3.9

3.9.1 Anschließend sind gemäß Ziffer 2.2.4 Absatz 2 des Aufsatzwertbeschlusses die für das aktuelle Abrechnungsquartal aktualisierten vertragsübergreifenden 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.

3.9.5 In Umsetzung des 633. BA (schriftliche Beschlussfassung) werden die gemäß 3.9.4 bestimmten kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs wie folgt nicht basiswirksam erhöht:

a) Es wird zwischen den Vertragspartnern vereinbart, dass von dem für den KV-Bereich Hamburg zur Verfügung gestellten Betrag für die Quartale 4/2022 und 1/2023 in Höhe von 939.074,00 Euro im Verhältnis 70/30 aufgeteilt und somit für das 1. Quartal 2023 der Betrag von 281.722,20 Euro berücksichtigt wird.
b) Die Aufteilung auf die Krankenkassen erfolgt unter Berücksichtigung der beschlussgemäßen Datenlieferung des GKV-Spitzenverbandes nach dem jeweiligen kassenspezifischen Anteil der Altersgruppe „unter 15“ Jahre gemäß den Versichertenzahlen der amtlichen KM6-Statistik.
c) Im Anschluss daran werden die kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gem. 3.9.4 nicht basiswirksam um die gem. b) ermittelten Beträge erhöht.

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

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

4. Extrabudgetär vergütete Leistungen

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

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

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

4.3 Präventionsleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4,

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

4.5 Leistungen des Hautkrebsscreenings nach der GOP 01745, 01746,

4.6 Vakuumstanzbiopsien nach der GOP 01759,

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

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

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

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

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

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

4.29

(1) Von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachte Hämato-/Onkologischen

Zusatzpauschalen (GOP 13500 bis 13502), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachten Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 08345), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden sowie von Fachärzten für Urologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) verfügen, erbrachte Zusatzpauschalen Onkologie (GOP 26315), Transfusionsleistungen (GOP 02110, 02111) sowie tagesklinischen Betreuungsleistungen (GOP 01510, 01511, 01512), sofern diese im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden.

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

4.30 NN

4.31 Leistung gemäß GOP 34601 (Osteodensitometrische Untersuchung II),

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

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

4.34 NN

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

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

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

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

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

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

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

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

4.39 Leistungen der Rheumatologie nach den GOP 13690 bis 13692, 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 19.4.2 bis einschließlich 30.06.2023 sowie die 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 32865 und 32911 („Humangenetische Leistungen“),

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

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

4.49 die GOP 01450 („Videosprechstunde“),

4.50 NN

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

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

4.53 die GOP 35151 und 35152 („Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung“),

4.54 NN

4.55 Leistungen nach den GOP 01702 und 01703 („Pulsoxymetrie-Screening“),

4.56 NN

4.57 Leistungen nach dem Abschnitt 37.3 EBM („besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“,

4.58 Leistungen nach den GOP 02325 bis 02328 („Epilation mittels Laser“),

4.59 Leistungen nach der GOP 01626 (Verordnung von Cannabis),

4.60 Leistungen nach den GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943 und 32948 bis 32949 (HLA-Antikörperdiagnostik),

4.61 die GOP 08312, 08313, 26316 und 26317, die Kostenpauschale 40161 sowie die GOP 08311, 26310 und 26311, die in derselben Sitzung mit den GOP 08312 oder 26316 erbracht werden (transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin),

(Die Kennzeichnung von Zystoskopien nach den GOP 08311, 26310 und 26311 bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin nach den GOP 08312 bzw. 26316 durchgeführt wird, erfolgt anhand bundeseinheitlich kodierter Zusatzkennzeichen.)

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

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

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

4.65 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 Leistungen nach den GOP 30210, 30212, 30216 und 30218 („hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“),

4.68 Leistungen nach der GOP 01650 („Zuschlag DeQS-RL, nosokomiale Infektionen“),

4.69 Leistungen nach der GOP 01645 sowie die Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM (Zweitmeinungsverfahren) mit Ausnahme der Indikationen Mandeloperationen und Gebärmutterentfernung,

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 31.12.2023 Leistungen des Abschnitts 1.7.8 EBM („HIV-Präexpositionsprophylaxe“),

4.84 bis 31.12.2023 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 Leistungen nach der GOP 01442 und nach der GOP 01444 bis (Videofallkonferenz und 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 Leistungen nach der GOP 32816 („Coronavirus“),

4.94 Leistungen nach den GOP 04538 und 13678 sowie die Kostenpauschale nach der GOP 40167 („FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab“),

4.95 NN

4.96 bis 30.06.2023 Leistungen nach der GOP 01660 („Zuschlag zur eArztbrief-Versandpauschale“),

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

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

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

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

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

4.108 NN

4.109 NN

4.110 NN

4.111 NN

4.112 Leistungen nach der GOP 02102 (Infusionstherapie mit Sebelipase alfa oder Velmanase alfa),

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 31.12.2023 Vergütung der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 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 Leistungen nach der GOP 30133 und 30134 („Orale Hyposensibilisierungsbehandlung mit dem Wirkstoff AR101“),

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 Leistungen nach der GOP 32810 („Nukleinsäurenachweis von Orthopoxviren“).

5. Zuschläge auf besonders förderungswürdige Leistungen

5.1 Hyposensibilisierungsbehandlungen in Verbindung mit Anlage 4

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

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

Für die Patienten ist die Behandlung mit Unannehmlichkeiten verbunden, weshalb das Thema „Compliance“ eine wichtige Rolle spielt. Den Vertragspartnern ist bewusst, dass ein Anstieg der Gesamtzahl von allergischen Patienten im Gegensatz zu einem gleichzeitig unterproportionalen Anteil von Patienten, die eine spezifische Immuntherapie erhalten, existiert. Infolge dessen könnten zusätzliche Kosten im Gesundheitswesen durch die Progredienz der Erkrankungen entstehen, z. B. durch eine Zunahme des allergischen Asthmas.[1] Ebenso ist die medikamentöse 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 Hyposensibiliserung geradezu wünschenswert und versorgungspolitisch notwendig, wenn diese Behandlungen im Einzelfall durch diese zusätzliche Förderung als Zuschlag erfolgreich zu Ende geführt werden.

5.2. Förderung der kinderärztlichen Grundversorgung in Verbindung mit Anlage 4

Zur Förderung der pädiatrischen Grundversorgung werden mit Wirkung ab dem 01.01.2022 bis zum 31.12.2024 nach den nachfolgenden Voraussetzungen Zuschläge auf die GOP 04355 und 04230 bzw. für Schwerpunktpädiater die 04231 EBM vergütet. Die Förderung erfolgt nach Maßgabe des 456. BA gem. den diesbezüglichen näheren Regelungen der Anlage 4 dieser Honorarvereinbarung.

1. Die Krankenkassen stellen für die Förderung der Grundversorgung in Form von Zuschlägen für die GOP 04355 und 04230 bzw. für Schwerpunktpädiater die 04231 EBM ein Fördervolumen in H.v. insgesamt 500.000 EUR als

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

extrabudgetäre Leistung mit Obergrenze für jedes Jahr des Förderzeitraumes vom 01.01.2022 bis einschließlich 31.12.2024 zur Verfügung. Es wird gleichmäßig auf die Quartale zu je 125.000 EUR aufgeteilt.

2. Die Förderung nach Nr. 1 wird von den Krankenkassen gewährt, wenn die Summe der quartalsbezogenen Abrechnungsfrequenzen der GOP 04230 bzw. für Schwerpunktpädiater die 04231 und der GOP 04355 EBM in den drei förderungswürdigen Bezirken Bergedorf, Hamburg-Mitte und Harburg

   • im 1. Jahr der Förderung um mindestens 0 Prozent,

   • im 2. Jahr der Förderung um mindestens 3 Prozent und

   • im 3. Jahr der Förderung um mindestens 5 Prozent

   gegenüber der ermittelten Ausgangssituation gestiegen ist. Die Betrachtung erfolgt hierbei für die drei Bezirke gemeinsam. Dabei wird auf die Abrechnungsfrequenz je VZÄ im jeweiligen Quartal des Basisjahres 2019 abgestellt.

   Wenn und soweit in einem Abrechnungsquartal die vorgenannten Zielwerte überschritten werden, sind die Überschreitungen in Höhe der Überschreitung zu erfassen (Beispiel: 3 % im Quartal I/22 = 3 % Überschreitung von 0 %; 4 % in I/23 = 1 % Überschreitung von 3 %) und können in Abrechnungsquartalen, in den die Zielwerte nicht erreicht werden, ggf. auch rückwirkend angerechnet werden. Liegt das Abrechnungsquartal, dem die Überschreitungen angerechnet werden, in der Vergangenheit, wird die nachträglich gewährte Förderung von 125.000 Euro dem Quartal zugerechnet, welches die letzten für die vollständige Anrechnung ausschlaggebenden prozentualen Überschreitungswerte erzeugt hat, sofern dieses gegenüber den Kostenträgern noch nicht abgerechnet wurde. Andernfalls wird es dem darauffolgenden Quartal zugerechnet. Damit wird sichergestellt, dass für in der Vergangenheit liegende Quartale keine Vergütungstatbestände erzeugt werden.

   Bei den Berechnungen wird mit 2 Nachkommastellen kaufmännisch gerundet. Liegen mehrere Quartale vor, bei denen eine rückwirkende Anrechnung erfolgen kann, sind diese in der Reihenfolge beginnend mit den geringsten Unterschreitungen in Prozent zu berücksichtigen.

3. Die Förderung wird quartals- und arztbezogen (LANR) nur für diejenigen Betriebsstätten gewährt, bei denen der Ort der Leistungserbringung sich in einem der förderungswürdigen Bezirken Bergedorf, Hamburg-Mitte und Harburg befindet. Die Partner dieser Honorarvereinbarung haben die förderungswürdigen Bezirke insbesondere auf der Grundlage von Studien und der Analyse von Abrechnungsdaten festgelegt.

4. Die Förderung wird quartals- und arztbezogen (LANR)

   a) je abgerechneter GOP 04355 mit etwaigen Suffixen in Höhe eines Zuschlages von 50 Prozent mittels der GOP 99260 und/oder

b) je abgerechneter GOP 04230 bzw. für Schwerpunktpädiater die 04231 EBM mit etwaigen Suffixen in Höhe eines Zuschlages von 50 Prozent mittels der GOP 99261 bzw. 99262 gewährt.

5. Die Vergütung der vorgenannten Zuschläge erfolgt grundsätzlich aus den von den Krankenkassen für ein Quartal gemäß Nr. 1 Satz 2 bereitgestellten finanziellen Mitteln.

6. Fördervolumina die aufgrund des Nichterreichens der kollektiven Fördervoraussetzung nach Nr. 2 auch nach Ausschöpfung der Regelungen in Nr. 2 Absatz 2 nicht abgerufen werden können, verbleiben bei den Kassen.

7. 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.

8. Werden nach Erreichen der kollektiven Fördervoraussetzungen nach Nr. 2 die von den Krankenkassen je Quartal zur Verfügung gestellten Mittel nicht vollständig ausgeschöpft (Unterschreiten der quartalsbezogenen Obergrenze), 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.

9. Zur kassenseitigen Darstellung der Zuschläge und zum Zwecke der Rechnungslegung erfolgt der Nachweis als extrabudgetäre Leistung im Formblatt 3 mittels des Vorganges 160 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.

10. Die vorstehenden Regelungen dienen ausschließlich der Festlegung der förderungswürdigen Bezirke, der förderungsfähigen Ärzte, der Festlegung des Berechnungsmodus für die Zuschläge sowie der Darstellung der Förderung in der Rechnungslegung ggü. 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.

11. Soweit vorstehend die GOP 04355 und 04230 bzw. für Schwerpunktpädiater die 04231 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.

12. Mit Vorliegen der Abrechnungsdaten für das 4. Quartal 2022 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 in Nr. 4 ausgewiesenen Zuschläge anzupassen.

13. Wenn eine Anpassung der geförderten EBM-Ziffern erfolgt oder anderweitige Förderungs- bzw. Unterstützungsleistungen für die hier geförderten Gesprächsleistungen auf Bundesebene beschlossen werden, prüfen die Vertragspartner eine Anpassung der hier bzw. in Anlage 4 Ziffer IV. dargestellte Fördersystematik.

6. Wegepauschalen

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

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

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

3,53 EUR (Abrechnungsnummer: 97234);

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

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

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97235);

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

c) Pauschale für Besuche nach den GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

10,14 EUR (Abrechnungsnummer: 97236);

Zeitangabe gem. § 17 Abs. 1a Satz 6 BMV: 30 Minuten

d) Pauschale für Besuche nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:

6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97237);

Zeitangabe gem. § 17 Abs. 1a Satz 6 BMV: 6 Minuten

e) Pauschale für Besuche nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:

10,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97238);

Zeitangabe gem. § 17 Abs. 1a Satz 6 BMV: 15 Minuten

f) Pauschale für Besuche nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:

14,55 EUR (Abrechnungsnummer: 97239);

Zeitangabe gem. § 17 Abs. 1a Satz 6 BMV: 30 Minuten

g) Pauschale für einen Besuch nach den GOP 01410 oder 01414 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

11,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97160);

Zeitangabe gem. § 17 Abs. 1a Satz 6 BMV: 30 Minuten

h) Pauschale für einen Besuch nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

16,32 EUR (Abrechnungsnummer: 97161).

Zeitangabe gem. § 17 Abs. 1a Satz 6 BMV: 30 Minuten

6.2. Die Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet.

6.3. Die Wegepauschalen sind je Besuch bzw. Visite unabhängig davon berechnungsfähig, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung der jeweiligen Wegepauschale nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines der drei Wegebereiche.

6.4. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale der KV Hamburg mit einem Fahrdienst ausgeführt, so werden die Beträge für Wegeentschädigungen nicht an den Arzt abgeführt, sondern als Kosten des Notfalldienstes einbehalten. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale nicht mit einem Fahrdienst, sondern im eigenen Wagen des Arztes ausgeführt, so erhält der Arzt in einem generell im Notfalldienst mit Fahrdienst befahrenen Bezirk den von den Kostenträgern gemäß der Verträge über Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung in Notfällen vom 13.03.2006 in der jeweils gültigen Fassung zu zahlenden Pauschalbetrag. Dies gilt nicht für Leistungen, die von Vertragsärzten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten sowie bei gegenseitiger Vertretung erbracht werden.

6.5. Für die Berechnung der Wegepauschale ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist.

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

7. Belegärztliche Leistungen

Innerhalb der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Krankenkassen wird die stationäre vertragsärztliche Tätigkeit mit Ausnahme der Nr. 4.1. dieses Vertrages wie folgt vergütet:

7.1. Dem anerkannten Belegarzt werden die Visiten im Krankenhaus je Patient nach der GOP 01414 vergütet. Beim jeweils ersten Aufsuchen der Belegklinik am Behandlungstag wird zusätzlich für den ersten visitierten Patienten die entsprechende Wegepauschale nach Nr. 6. vergütet. Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung von Besuchen ausgeschlossen.

7.2. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

7.3. Ferner gelten für die Vergütung des Belegarztes folgende Besonderheiten:

a) Leistungen, für die in der regionalen EUR-Gebührenordnung bei belegärztlicher Leistungserbringung ein Abschlag vorgesehen ist, werden entsprechend bewertet.

b) Leistungen der Kapitel 33 und 34 der regionalen EUR-Gebührenordnung werden mit 60 Prozent der Sätze der Gebührenordnung bewertet; können diese Leistungen im Belegkrankenhaus nicht erbracht werden, werden sie mit den Sätzen der Gebührenordnung bewertet.

c) Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen des Kapitels 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung, die mit mindestens 6,00 EUR bewertet sind, werden mit den Sätzen der regionalen EUR-Gebührenordnung bewertet. Die Leistungen des Kapitels 32 der regionalen EUR-Gebührenordnung sowie die entsprechenden Leistungen aus dem Kapitel 01 der regionalen EUR-Gebührenordnung sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in § 25 Bundesmantelvertrag- Ärzte genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

d) Alle übrigen Leistungen, die in der regionalen EUR-Gebührenordnung mit mehr als 6,00 EUR bewertet oder als Zuschlag beschrieben sind, werden mit dem vollen Satz der regionalen EUR-Gebührenordnung bewertet.

e) Leistungen, die in der regionalen EUR-Gebührenordnung mit weniger als 6,00 EUR bewertet sind, werden nicht vergütet.

7.4. Die reduzierten Vergütungssätze nach Nr. 7.3. gelten unabhängig davon, ob die Geräte dem Krankenhaus oder dem Belegarzt gehören.

7.5. Vom Belegarzt konsiliarisch oder mitbehandelnd hinzugezogene Vertragsärzte, die nicht selbst Belegärzte in demselben Belegkrankenhaus sind, rechnen ihre Leistungen nach den Bedingungen für die ambulant-kurative Versorgung ab.

Für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses zur Durchführung von Anästhesieleistungen wird dem Facharzt für Anästhesiologie für jeden Kranken einmal am Behandlungstag die GOP 05230 vergütet.

7.6. Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Punkte 7.1. bis 7.4. vergütet.

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.

a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der 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 605. 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 2023 beschlossen.

Insbesondere wurde festgelegt: „Falls für das Jahr 2023 eine durch das Coronavirus (SARS-CoV-2) verursachte Pandemie gemäß Nr. 3 festgestellt wird und der Bewertungsausschuss dazu Vorgaben für die Kennzeichnung der abrechnungsfähigen Leistungen beschließt, beschließt er ebenfalls ein Verrechnungsverfahren analog zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 581. Sitzung am 26. Januar 2022."

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.

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.

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 26.01.2023

…….…..
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 2023 vom 11.10.2022

Anlage 1
zur Honorarvereinbarung 2023

Übersicht zur regionalen EUR-Gebührenordnung für den Versorgungsbereich Hamburg

wird noch ausgeführt

Honorarvereinbarung 2023 vom 11.10.2022

Anlage 2
zur Honorarvereinbarung 2023

Begriffserläuterung:

Spalte a) GKV-weit: Satzart mit der Endung _SUM
Spalte b) Einzelkasse: Satzart mit der Endung _IK

Abkürzungen:

VJQ: Vorjahresquartal

Quartal 1/2023

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des
Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2023 in Hamburg

Regionaler Punktwert 2023:	**0,115950 EUR**
Regionaler Punktwert 2022:	**0,114494 EUR**
Regionaler Punktwert 2021:	**0,113098 EUR**

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen 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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
2.	3.3.1 Nr. 1	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 01645 sowie Leistungen nach Nr. 4.3.9 Allgemeine Bestimmungen EBM für die Indikation Arthroskopische Eingriffe an der Schulter in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. 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. 2	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236 („humangenetische Leistungen“) in Umsetzung der Nr. 4 des 448. BA (schriftliche Beschlussfassung) in die morbiditätsbedingte Gesamt-vergütung, 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. 4	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach GOP 30810 sowie 30811 („Soziotherapie“) in die morbiditätsbedingte Gesamt-vergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten 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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
5.	3.3.1 Nr. 5	Aufgehoben durch den 1. Nachtrag 2023 (GOP 32850) **Rechenwert = NULL**	x	x
5.a		**= Schritt 4.a + Schritt 5.**	x	x
6.	3.3.1 Nr. 6	Aufgehoben durch den 1. Nachtrag 2023 (Kap. 1.7.8 EBM) **Rechenwert = NULL**	x	x
6.a		**= Schritt 5.a + Schritt 6.**	x	x
7.	3.3.1 Nr. 7	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 32866 („Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus“), 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. 8	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach GOP 01431 und 01647 („Elektronische Patientenakte“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).**	x	x
8.a		**= Schritt 7.a + Schritt 8.**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
9.	3.3.1 Nr. 9	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 01471 („Zusatzpauschale Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA“), 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. 10	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem 596. BA Teil C (Sitzung am 15. Juni 2022) zur „Weiterentwicklung der direkten Erregernachweise in der Mikrobiologie im Abschnitt 32.3 EBM durch Addition von **606.229 Punkten**	x	x
10.a		**= Schritt 9.a. + Schritt 10.**	x	x
11.	3.3.1 Nr. 11	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste durch Subtraktion von: **43.000 Punkte**	x	x
11.a		**= Schritt 10.a - Schritt 11.**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
12.	3.3.1 Nr. 12	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Ausdeckelung der Strahlentherapie (Kap. 25 EBM mit Ausnahme der GOP 25215, 25228 bis 25230, 25335 und 25336) Ermittlung der Rechengröße a) zur Anpassung des Behandlungsbedarfs: Punktzahlen aus Nr. 2 bis 5 des 513. BA sind um die für die Jahre 2021 und 2022 vereinbarten Raten der Morbiditätsstrukturveränderung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu erhöhen, mit der Zahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im Jahr 2022 zu multiplizieren und durch die Zahl der Versicherten mit Wohnort Hamburg im Jahr 2021 zu dividieren **= [[Punktzahl 1/2021 + (Punktzahl 1/2021*-0,1125 %)] + [Punktzahl 1/2021 + (Punktzahl 1/2021*-0,1125 %)] *-0,0992 %] * AnzV 1/2022 / AnzV 1/2021**	x	x
12.a		Ermittlung der Rechengröße b) zur Anpassung des Behandlungsbedarfs: Die jeweiligen Punktzahlen, die sich aus der Berechnung nach Nr. 7 des 513. BA ergeben, sind um die für das Jahr 2022 vereinbarte Rate der Morbiditätsstrukturveränderung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu erhöhen. **= [Punktzahl 1/2022 + (Punktzahl 1/2022*-0,0992 %)]**	x	x
12.b		**= Schritt 11.a - (Schritt 12. + Schritt 12.a)**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
13.	3.3.1 Nr. 13	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Ausdeckelung der GOP 04001 und 04002, die im Zusammenhang mit der GOP 04550 abgerechnet werden, wobei das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Aufsatzwertebeschlusses angewendet wird. durch Subtraktion von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
13.a		**= Schritt 12.b - Schritt 13**	x	x
14.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung: durch Subtraktion von: **ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)**	x	
14.a		**= Schritt 13.a - Schritt 14.**	x	
15.	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung (SV_BEVERZICHT_SUM) **Bereinigungsvolumina im Fall des Bereinigungsverzichts**	x	x
15.a		**= Schritt 14.a - Schritt 15.**	x	x
15.b	3.5.1.1	Berücksichtigung des für das 1. Quartal 2023 im 623. BA Teil B festgelegten und anzuwendenden Rücküberführungs-betrages TSVG-Konstellation Neupatient Durch Addition von: **210.794.325 Punkten**	x	

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
15.c	3.5.1.1	**= Schritt 15.a + Schritt 15.b**	x	
16.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten **= Schritt 15.c * 0,0517 %**	x	
16.a		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten **= Schritt 15.c + Schritt 16.**	x	x

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
17.	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
17.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
17.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
17.c	3.6.1	**= Schritt 17. - Schritt 17.a + Schritt 17.b**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
17.d		**Umrechnung in Punkte** **= Schritt 17.c / regionaler Punktwert des Jahres 2022**	x	x
18.	3.6.1	**Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge** nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
18.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 01645 sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „Arthroskopische Eingriffe an der Schulter“ im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
18.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 den GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236 („humangenetische Leistungen“) in Umsetzung der Nr. 4 des 448. BA (schriftliche Beschlussfassung) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
18.c	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 4	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 4 der HON genannten Leistungen nach der GOP 30810 und 30811 („Verordnung Soziotherapie“) in Umsetzung des 516. BA Teil B (schriftliche Beschlussfassung) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
18.d	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 5	Aufgehoben durch den 1. Nachtrag 2023 (GOP 32850) **Rechenwert = NULL**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
18.e	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 6	Aufgehoben durch den 1. Nachtrag 2023 (Kapitel 1.7.8 EBM) **Rechenwert = NULL**	x	x
18.f	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 7	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 7 der HON genannten Leistungen nach der GOP 32866 („Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus“) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird.	x	x
18.g	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 8	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 8 der HON genannten Leistungen nach der GOP 01431 und 01647 („Elektronische Patientenakte“) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
18.h	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 9	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 9 der HON genannten Leistungen nach der GOP 01471 („Zusatzpauschale Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA“) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird.	x	x
18.i	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 12	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 12 der HON genannten Leistungen der GOP des EBM-Kapitels 25 („Strahlentherapie“), mit Ausnahme der GOP 25215 (Hygienezuschlag) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
18.j	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 13	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 13 der HON genannten Leistungen nach der GOP 04001 und 04002, die im Zusammenhang mit der GOP 04550 abgerechnet werden, im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
18.k		Angepasste Leistungsmenge in Punkten **= Schritt 17.d - Schritt 18 + Schritt 18.a +Schritt 18.b + Schritt 18.c + Schritt 18.d + Schritt 18.e + Schritt 18.f + Schritt 18.g + Schritt 18.h - Schritt 18.i - Schritt 18.j**	x	x
19.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf **= Schritt 18.k Einzelkasse / Schritt 18.k GKV-weit**	x	x
20.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten **= Schritt 16.a. * Schritt 19.**	x	x
21.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht **kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen (max. Wert aus Schritt 15)**	x	x
21.a		**= Schritt 20. + Schritt 21.**	x	x

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
22.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: **= Schritt 21.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)**	x	x
23.	3.7.1.1	Ermittlung und Abzug des anzuwendenden kassenspezifischen Korrekturbetrages bzgl. der TSVG-Bereinigung.	x	x
23.a	3.7.1.1	**= Schritt 22. + Schritt 23.**	x	x
24.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate **= Schritt 23.a + (Schritt 23.a * (- 0,2707 %))**	x	x
25.	3.9.1	**Gesamtbereinigungsmengen des VJQ**	x	x
25.a	3.9.1	**Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ** unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.2 HON von **+ 0,0517 %** sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV-EGV Abgrenzung	x	x
25.b	3.9.1	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten **= Schritt 25.a / KASSRG87aMGV_IK des VJQ**	x	x
25.c	3.9.1	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge **= Schritt 25.b * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - KASSRG87aMGV_IK des VJQ)**	x	x
25.d	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf **= Schritt 24. + Schritt 25.c**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
26.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	**Berücksichtigung der Differenzbereinigung** aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)	x	x
27.		Ermittlung **KASSRG-Wert** **= Schritt 25.d - Schritt 26.**	x	x
27.a		Kassenspezifische MGV in Euro **= Schritt 27. * regionaler Punktwert des Jahres 2023**	x	x
28.	3.9.5	Nicht basiswirksame Anhebung der MGV um den Betrag von 281.722,20 Euro mit dem kassenspezifisch errechneten Anteil anhand der Datenlieferung des GKV-Spitzenverbandes gemäß Beschluss des 633. BA zur außergewöhnlichen Belastung der ambulanten Versorgung durch akute Atemwegserkrankungen **281.722,20 Euro * Anteil gemäß der Datenlieferung** des GKV-Spitzenverbandes **gem. 633. BA**	x	x
28.a		Kassenspezifische MGV in Euro nach Anpassung gem. 633. BA **= Schritt 27.a + Schritt 28.**	x	x

Um nachträgliche Korrekturen in der MGV-Berechnung und entsprechend notwendige Ausgleiche im nächst erreichbaren Formblatt 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGV vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGV-Berechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Honorarvereinbarung 2023 vom 11.10.2022

Anlage 2
zur Honorarvereinbarung 2023

Begriffserläuterung:

Spalte a) GKV-weit: Satzart mit der Endung _SUM
Spalte b) Einzelkasse: Satzart mit der Endung _IK

Abkürzungen:

VJQ: Vorjahresquartal

Quartal 2/2023

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des
Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2023 in Hamburg

Regionaler Punktwert 2023:	**0,115950 EUR**
Regionaler Punktwert 2022:	**0,114494 EUR**
Regionaler Punktwert 2021:	**0,113098 EUR**

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen 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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
2.	3.3.1 Nr. 1	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 01645 sowie Leistungen nach Nr. 4.3.9 Allgemeine Bestimmungen EBM für die Indikation Arthroskopische Eingriffe an der Schulter in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. 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. 2	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236 („humangenetische Leistungen“) in Umsetzung der Nr. 4 des 448. BA (schriftliche Beschlussfassung) in die morbiditätsbedingte Gesamt-vergütung, 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. 4	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach GOP 30810 sowie 30811 („Soziotherapie“) in die morbiditätsbedingte Gesamt-vergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
4.a		**= Schritt 3.a + Schritt 4.**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
5.	3.3.1 Nr. 5	Aufgehoben durch den 1. Nachtrag 2023 (GOP 32850) **Rechenwert = NULL**	x	x
5.a		**= Schritt 4.a + Schritt 5.**	x	x
6.	3.3.1 Nr. 6	Aufgehoben durch den 1. Nachtrag 2023 (Kap. 1.7.8 EBM) **Rechenwert = NULL**	x	x
6.a		**= Schritt 5.a + Schritt 6.**	x	x
7.	3.3.1 Nr. 7	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 32866 („Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus“), 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. 8	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach GOP 01431 und 01647 („Elektronische Patientenakte“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).**	x	x
8.a		**= Schritt 7.a + Schritt 8.**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
9.	3.3.1 Nr. 9	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 01471 („Zusatzpauschale Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA“), 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. 10	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem 596. BA Teil C (Sitzung am 15. Juni 2022) zur „Weiterentwicklung der direkten Erregernachweise in der Mikrobiologie im Abschnitt 32.3 EBM durch Addition von **455.003 Punkten**	x	x
10.a		**= Schritt 9.a. + Schritt 10.**	x	x
11.	3.3.1 Nr. 11	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste durch Subtraktion von: **43.000 Punkte**	x	x
11.a		**= Schritt 10.a - Schritt 11.**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
12.	3.3.1 Nr. 12	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Ausdeckelung der Strahlentherapie (Kap. 25 EBM mit Ausnahme der GOP 25215, 25228 bis 25230, 25335 und 25336) Ermittlung der Rechengröße a) zur Anpassung des Behandlungsbedarfs: Punktzahlen aus Nr. 2 bis 5 des 513. BA sind um die für die Jahre 2021 und 2022 vereinbarten Raten der Morbiditätsstrukturveränderung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu erhöhen, mit der Zahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im Jahr 2022 zu multiplizieren und durch die Zahl der Versicherten mit Wohnort Hamburg im Jahr 2021 zu dividieren **= [[Punktzahl 2/2021 + (Punktzahl 2/2021*-0,1125 %)] + [Punktzahl 2/2021 + (Punktzahl 2/2021*-0,1125 %)] *-0,0992 %] * AnzV 2/2022 / AnzV 2/2021**	x	x
12.a		Ermittlung der Rechengröße b) zur Anpassung des Behandlungsbedarfs: Die jeweiligen Punktzahlen, die sich aus der Berechnung nach Nr. 7 des 513. BA ergeben, sind um die für das Jahr 2022 vereinbarte Rate der Morbiditätsstrukturveränderung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu erhöhen. **= [Punktzahl 2/2022 + (Punktzahl 2/2022*-0,0992 %)]**	x	x
12.b		**= Schritt 11.a - (Schritt 12. + Schritt 12.a)**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
13.	3.3.1 Nr. 13	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Ausdeckelung der GOP 04001 und 04002, die im Zusammenhang mit der GOP 04550 abgerechnet werden, wobei das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Aufsatzwertebeschlusses angewendet wird. durch Subtraktion von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
13.a		**= Schritt 12.b - Schritt 13**	x	x
14.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung: durch Subtraktion von: **ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)**	x	
14.a		**= Schritt 13.a - Schritt 14.**	x	
15.	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung (SV_BEVERZICHT_SUM) **Bereinigungsvolumina im Fall des Bereinigungsverzichts**	x	x
15.a		**= Schritt 14.a - Schritt 15.**	x	x
15.b.	3.5.1.1	Berücksichtigung des für das 2. Quartal 2023 im 630. BA festgelegten und anzuwendenden Rücküberführungsbetrages TSVG-Konstellation Neupatient Durch Addition von: **208.872.848 Punkten**	x	

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
15.c	3.5.1.1	**= Schritt 15.a + Schritt 15.b**	x	
16.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten **= Schritt 15.c * 0,0517 %**	x	
16.a		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten **= Schritt 15.c + Schritt 16.**	x	x

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
17.	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
17.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
17.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
17.c	3.6.1	**= Schritt 17. - Schritt 17.a + Schritt 17.b**	x	x
17.d		**Umrechnung in Punkte** **= Schritt 17.c / regionaler Punktwert des Jahres 2022**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
18.	3.6.1	**Berücksichtigung der kassenseitigen Prüfanträge** nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a.F. (Altfälle) gemäß gesondert beigefügter kassenspezifischer Aufstellung, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt wird	x	x
18.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 01645 sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „Arthroskopische Eingriffe an der Schulter“ im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
18.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 den GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236 („humangenetische Leistungen“) in Umsetzung der Nr. 4 des 448. BA (schriftliche Beschlussfassung) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
18.c	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 4	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 4 der HON genannten Leistungen nach der GOP 30810 und 30811 („Verordnung Soziotherapie“) in Umsetzung des 516. BA Teil B (schriftliche Beschlussfassung) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
18.d	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 5	Aufgehoben durch den 1. Nachtrag 2023 (GOP 32850) **Rechenwert = NULL**	x	x
18.e	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 6	Aufgehoben durch den 1. Nachtrag 2023 (Kap. 1.7.8 EBM) **Rechenwert = NULL**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
18.f	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 7	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 7 der HON genannten Leistungen nach der GOP 32866 („Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus“) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird.	x	x
18.g	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 8	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 8 der HON genannten Leistungen nach der GOP 01431 und 01647 („Elektronische Patientenakte“) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
18.h	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 9	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 9 der HON genannten Leistungen nach der GOP 01471 („Zusatzpauschale Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA“) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird.	x	x
18.i	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 12	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 12 der HON genannten Leistungen der GOP des EBM-Kapitels 25 („Strahlentherapie“), mit Ausnahme der GOP 25215 (Hygienezuschlag) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)	x	x
18.j	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 13	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 13 der HON genannten Leistungen nach der GOP 04001 und 04002, die im Zusammenhang mit der GOP 04550 abgerechnet werden, im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
18.k		Angepasste Leistungsmenge in Punkten **= Schritt 17.d - Schritt 18 + Schritt 18.a +Schritt 18.b + Schritt 18.c + Schritt 18.d + Schritt 18.e + Schritt 18.f + Schritt 18.g + Schritt 18.h - Schritt 18.i - Schritt 18.j**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
19.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf **= Schritt 18.k Einzelkasse / Schritt 18.k GKV-weit**	x	x
20.		Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten **= Schritt 16.a. * Schritt 19.**	x	x
21.	3.6.2	Ermittlung und Hinzuaddierung des ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens der jeweiligen Krankenkasse bei Bereinigungsverzicht **kassenspezifisches voraussichtliches Bereinigungsvolumen (max. Wert aus Schritt 15)**	x	x
21.a		**= Schritt 20. + Schritt 21.**	x	x

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
22.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: **= Schritt 21.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)**	x	x
23.	3.7.1.1	Ermittlung und Abzug des anzuwendenden kassenspezifischen Korrekturbetrages bzgl. der TSVG-Bereinigung.	x	x
23.a	3.7.1.1	**= Schritt 22. + Schritt 23.**	x	x
24.	3.8	Anpassung um morbiditätsbedingte Veränderungsrate **= Schritt 23.a + (Schritt 23.a * (- 0,2707 %))**	x	x
25.	3.9.1	**Gesamtbereinigungsmengen des VJQ**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
25.a	3.9.1	**Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ** unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.2 HON von **+ 0,0517 %** sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV-EGV Abgrenzung	x	x
25.b	3.9.1	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten **= Schritt 25.a / KASSRG87aMGV_IK des VJQ**	x	x
25.c	3.9.1	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge **= Schritt 25.b * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - KASSRG87aMGV_IK des VJQ)**	x	x
25.d	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf **= Schritt 24. + Schritt 25.c**	x	x
26.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	**Berücksichtigung der Differenzbereinigung** aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)	x	x
27.		Ermittlung **KASSRG-Wert** **= Schritt 25.d - Schritt 26.**	x	x
27.a		Kassenspezifische MGV in Euro **= Schritt 27. * regionaler Punktwert des Jahres 2023**	x	x

Um nachträgliche Korrekturen in der MGV-Berechnung und entsprechend notwendige Ausgleiche im nächst erreichbaren Formblatt 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGV vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGV-Berechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Honorarvereinbarung 2023 vom 11.10.2022

Anlage 2
zur Honorarvereinbarung 2023

Begriffserläuterung:

Spalte a) GKV-weit: Satzart mit der Endung _SUM
Spalte b) Einzelkasse: Satzart mit der Endung _IK

Abkürzungen:

VJQ: Vorjahresquartal

Quartal 3/2023

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des
Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2023 in Hamburg

Regionaler Punktwert 2023:	**0,115950 EUR**
Regionaler Punktwert 2022:	**0,114494 EUR**
Regionaler Punktwert 2021:	**0,113098 EUR**

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen 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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
2.	3.3.1 Nr. 1	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 01645 sowie Leistungen nach Nr. 4.3.9 Allgemeine Bestimmungen EBM für die Indikation Arthroskopische Eingriffe an der Schulter in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. 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. 2	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236 („humangenetische Leistungen“) in Umsetzung der Nr. 4 des 448. BA (schriftliche Beschlussfassung) in die morbiditätsbedingte Gesamt-vergütung, 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. 3	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach dem Abschnitt 19.4.2 EBM („humangenetische Leistungen“) in Umsetzung der Nr. 4 des 448. BA (schriftliche Beschlussfassung) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
4.a		**= Schritt 3.a + Schritt 4.**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
5.	3.3.1 Nr. 4	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach GOP 30810 sowie 30811 („Soziotherapie“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. 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. 5	Aufgehoben durch den 1. Nachtrag 2023 (GOP 32850) **Rechenwert = NULL**	x	x
6.a		**= Schritt 5.a + Schritt 6.**	x	x
7.	3.3.1 Nr. 6	Aufgehoben durch den 1. Nachtrag 2023 (Kap. 1.7.8 EBM) **Rechenwert = NULL**	x	x
7.a		**= Schritt 6.a + Schritt 7.**	x	x
8.	3.3.1 Nr. 7	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 32866 („Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus“), 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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
9.	3.3.1 Nr. 8	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach GOP 01431 und 01647 („Elektronische Patientenakte“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. 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. 9	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 01471 („Zusatzpauschale Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA“), 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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
11.	3.3.1 Nr. 12	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Ausdeckelung der Strahlentherapie (Kap. 25 EBM mit Ausnahme der GOP 25215, 25228 bis 25230, 25335 und 25336) Ermittlung der Rechengröße a) zur Anpassung des Behandlungsbedarfs: Punktzahlen aus Nr. 2 bis 5 des 513. BA sind um die für die Jahre 2021 und 2022 vereinbarten Raten der Morbiditätsstrukturveränderung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu erhöhen, mit der Zahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im Jahr 2022 zu multiplizieren und durch die Zahl der Versicherten mit Wohnort Hamburg im Jahr 2021 zu dividieren **= [[Punktzahl 3/2021 + (Punktzahl 3/2021*-0,1125 %)] + [Punktzahl 3/2021 + (Punktzahl 3/2021*-0,1125 %)] *-0,0992 %] * AnzV 3/2022 / AnzV 3/2021**	x	x
11.a		Ermittlung der Rechengröße b) zur Anpassung des Behandlungsbedarfs: Die jeweiligen Punktzahlen, die sich aus der Berechnung nach Nr. 7 des 513. BA ergeben, sind um die für das Jahr 2022 vereinbarte Rate der Morbiditätsstrukturveränderung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu erhöhen. **= [Punktzahl 3/2022 + (Punktzahl 3/2022*-0,0992 %)]**	x	x
11.b		**= Schritt 10.a - (Schritt 11. + Schritt 11.a)**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
12.	3.3.1 Nr. 13	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Ausdeckelung der GOP 04001 und 04002, die im Zusammenhang mit der GOP 04550 abgerechnet werden, wobei das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Aufsatzwertebeschlusses angewendet wird. durch Subtraktion von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
12.a		**= Schritt 11.b - Schritt 12.**	x	x
13.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung: durch Subtraktion von: **ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)**	x	
13.a		**= Schritt 12.a - Schritt 13.**	x	
14.	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung (SV_BEVERZICHT_SUM) **Bereinigungsvolumina im Fall des Bereinigungsverzichts**	x	x
14.a		**= Schritt 13.a - Schritt 14.**	x	x
14.b	3.5.1.1	Berücksichtigung des für das 3. Quartal 2023 im 623. BA Teil B in Verbindung mit den angekündigten weiteren Beschluss festgelegten und anzuwendenden Rücküberführungs-betrages TSVG-Konstellation Neupatient Durch Addition von: **Rücküberführungsbetrag TSVG-Konstellation Neupatient entsprechend des dazu gefassten Beschlusses in Punkten**	x	

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
14.c	3.5.1.1	**= Schritt 14.a + Schritt 14.b**	x	
15.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten **= Schritt 14.c * 0,0517 %**	x	
15.a		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten **= Schritt 14.c + Schritt 15.**	x	x

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
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 2022**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
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	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 01645 sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „Arthroskopische Eingriffe an der Schulter“ im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	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 den GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236 („humangenetische Leistungen“) in Umsetzung der Nr. 4 des 448. BA (schriftliche Beschlussfassung) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
17.c	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3 der HON genannten Leistungen dem Abschnitt 19.4.2 EBM („humangenetische Leistungen“) in Umsetzung der Nr. 4 des 448. BA (schriftliche Beschlussfassung) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
17.d	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 4	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 4 der HON genannten Leistungen nach der GOP 30810 und 30811 („Verordnung Soziotherapie“) in Umsetzung des 516. BA Teil B (schriftliche Beschlussfassung) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
17.e	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 5	Aufgehoben durch den 1. Nachtrag 2023 (GOP 32850) **Rechenwert = NULL**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
17.f	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 6	Aufgehoben durch den 1. Nachtrag 2023 (Kap. 1.7.8 EBM) **Rechenwert = NULL**	x	x
17.g	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 7	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 7 der HON genannten Leistungen nach der GOP 32866 („Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus“) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird.	x	x
17.h	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 8	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 8 der HON genannten Leistungen nach der GOP 01431 und 01647(„Elektronische Patientenakte“) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
17.i	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 9	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 9 der HON genannten Leistungen nach der GOP 01471 („Zusatzpauschale Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA“) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird.	x	x
17.j	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 12	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 12 der HON genannten Leistungen der GOP des EBM-Kapitels 25 („Strahlentherapie“), mit Ausnahme der GOP 25215 (Hygienezuschlag) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).	x	x
17.k	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 13	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 13 der HON genannten Leistungen nach der GOP 04001 und 04002, die im Zusammenhang mit der GOP 04550 abgerechnet werden, im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
17.l		Angepasste Leistungsmenge in Punkten **= Schritt 16.d - Schritt 17 + Schritt 17.a +Schritt 17.b + Schritt 17.c + Schritt 17.e + Schritt 17.f + Schritt 17.d + Schritt 17.g + Schritt 17.h + Schritt 17.i - Schritt 17.j - Schritt 17.k**	x	x
18.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf **= Schritt 17.l Einzelkasse / Schritt 17.l 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 14)**	x	x
20.a		**= Schritt 19. + Schritt 20.**	x	x

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
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 * (- 0,2707 %))**	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 3.5.2 HON von **+ 0,0517 %** sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV-EGV Abgrenzung	x	x
24.b	3.9.1	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten **= Schritt 24.a / 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 - KASSRG87aMGV_IK des VJQ)**	x	x
24.d	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf **= Schritt 23. + Schritt 24.c**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
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 2023**	x	x

Um nachträgliche Korrekturen in der MGV-Berechnung und entsprechend notwendige Ausgleiche im nächst erreichbaren Formblatt 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGV vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGV-Berechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Honorarvereinbarung 2023 vom 11.10.2022

Anlage 2
zur Honorarvereinbarung 2023

Begriffserläuterung:

Spalte a) GKV-weit: Satzart mit der Endung _SUM
Spalte b) Einzelkasse: Satzart mit der Endung _IK

Abkürzungen:

VJQ: Vorjahresquartal

Quartal 4/2023

Ermittlung der kassenindividuellen quartalsbezogenen MGV gemäß des
Aufsatzwertbeschlusses und der honorarvertraglichen Regelung 2023 in Hamburg

Regionaler Punktwert 2023:	**0,115950 EUR**
Regionaler Punktwert 2022:	**0,114494 EUR**
Regionaler Punktwert 2021:	**0,113098 EUR**

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
1.	3.1	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KV Hamburg im jeweiligen 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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
2.	3.3.1 Nr. 1	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 01645 sowie Leistungen nach Nr. 4.3.9 Allgemeine Bestimmungen EBM für die Indikation Arthroskopische Eingriffe an der Schulter in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. 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. 2	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach den GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236 („humangenetische Leistungen“) in Umsetzung der Nr. 4 des 448. BA (schriftliche Beschlussfassung) in die morbiditätsbedingte Gesamt-vergütung, 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. 3	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach dem Abschnitt 19.4.2 EBM („humangenetische Leistungen“) in Umsetzung der Nr. 4 des 448. BA (schriftliche Beschlussfassung) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. durch Addition von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
4.a		**= Schritt 3.a + Schritt 4.**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
5.	3.3.1 Nr. 5	Aufgehoben durch den 1. Nachtrag 2023 (GOP 32850) **Rechenwert = NULL**	x	x
5.a		**= Schritt 4.a + Schritt 5.**	x	x
6.	3.3.1 Nr. 6	Aufgehoben durch den 1. Nachtrag 2023 (Kap. 1.7.8 EBM) **Rechenwert = NULL**	x	x
6.a		**= Schritt 5.a + Schritt 6.**	x	x
7.	3.3.1 Nr. 8	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der Leistungen nach GOP 01431 und 01647 („Elektronische Patientenakte“) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden. 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. 9	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Überführung der GOP 01471 („Zusatzpauschale Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA“), 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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
9.	3.3.1 Nr. 12	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Ausdeckelung der Strahlentherapie (Kap. 25 EBM mit Ausnahme der GOP 25215, 25228 bis 25230, 25335 und 25336) Ermittlung der Rechengröße a) zur Anpassung des Behandlungsbedarfs: Punktzahlen aus Nr. 2 bis 5 des 513. BA sind um die für die Jahre 2021 und 2022 vereinbarten Raten der Morbiditätsstrukturveränderung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu erhöhen, mit der Zahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im Jahr 2022 zu multiplizieren und durch die Zahl der Versicherten mit Wohnort Hamburg im Jahr 2021 zu dividieren **= [[Punktzahl 4/2021 + (Punktzahl 4/2021*-0,1125 %)] + [Punktzahl 4/2021 + (Punktzahl 4/2021*-0,1125 %)] *-0,0992 %] * AnzV 4/2022 / AnzV 4/2021**	x	x
9.a		Ermittlung der Rechengröße b) zur Anpassung des Behandlungsbedarfs: Die jeweiligen Punktzahlen, die sich aus der Berechnung nach Nr. 7 des 513. BA ergeben, sind um die für das Jahr 2022 vereinbarte Rate der Morbiditätsstrukturveränderung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu erhöhen. **= [Punktzahl 4/2022 + (Punktzahl 4/2022*-0,0992 %)]**	x	x
9.b		**= Schritt 8.a - (Schritt 9. + Schritt 9.a)**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
10.	3.3.1 Nr. 13	Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Ausdeckelung der GOP 04001 und 04002, die im Zusammenhang mit der GOP 04550 abgerechnet werden, wobei das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Aufsatzwertebeschlusses angewendet wird. durch Subtraktion von **Abgerechnete Leistungsmenge im VJQ (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK)**	x	x
10.a		**= Schritt 9.b - Schritt 10.**	x	x
11.	3.4	Berücksichtigung ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv) gem. Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung: durch Subtraktion von: **ASV-Differenzbereinigung (negativ oder positiv)**	x	
11.a		**= Schritt 10.a - Schritt 11.**	x	
12.	3.5.1	Abzug Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina im Fall des Verzichts auf Bereinigung (SV_BEVERZICHT_SUM) **Bereinigungsvolumina im Fall des Bereinigungsverzichts**	x	x
12.a		**= Schritt 11.a - Schritt 12.**	x	x
12.b.	3.5.1.1	Berücksichtigung des für das 4. Quartal 2023 im 623. BA Teil B in Verbindung mit den angekündigten weiteren Beschluss festgelegten und anzuwendenden Rücküberführungs-betrages TSVG-Konstellation Neupatient Durch Addition von: **Rücküberführungsbetrag TSVG-Konstellation Neupatient entsprechend des dazu gefassten Beschlusses in Punkten**	x	

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
12.c	3.5.1.1	**= Schritt 12.a + Schritt 12.b**	x	
13.	3.5.2	Addition Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts in Punkten **= Schritt 12.c * 0,0517 %**	x	
13.a		Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Kassen in Punkten **= Schritt 12.c + Schritt 13.**	x	x

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
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

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
14.d		**Umrechnung in Punkte** **= Schritt 14.c / regionaler Punktwert des Jahres 2022**	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	x	x
15.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 01645 sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „Arthroskopische Eingriffe an der Schulter“ im VJQ in Punkten (Satzart: ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
15.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 den GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236 („humangenetische Leistungen“) in Umsetzung der Nr. 4 des 448. BA (schriftliche Beschlussfassung) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
15.c	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 3	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 3 der HON genannten Leistungen dem Abschnitt 19.4.2 EBM („humangenetische Leistungen“) in Umsetzung der Nr. 4 des 448. BA (schriftliche Beschlussfassung) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
15.d	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 5	Aufgehoben durch den 1. Nachtrag 2023 (GOP 32850) **Rechenwert = NULL**	x	x
15.e	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 6	Aufgehoben durch den 1. Nachtrag 2023 (Kap. 1.7.8 EBM) **Rechenwert = NULL**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
15.f	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 8	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 8 der HON genannten Leistungen nach der GOP 01431 und 01647 („Elektronische Patientenakte“) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
15.g	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 9	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 9 der HON genannten Leistungen nach der GOP 01471 („Zusatzpauschale Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA“) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote auf eins gesetzt wird.	x	x
15.h	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 12	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 12 der HON genannten Leistungen der GOP des EBM-Kapitels 25 („Strahlentherapie“), mit Ausnahme der GOP 25215 (Hygienezuschlag) im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKA_SUM bzw. _IK).	x	x
15.i	3.6.1 i.V.m. 3.3.1 Nr. 13	Anpassung um die abgerechneten Leistungsmengen für die in Ziffer 3.3.1 Nr. 13 der HON genannten Leistungen nach der GOP 04001 und 04002, die im Zusammenhang mit der GOP 04550 abgerechnet werden, im VJQ in Punkten (Satzart ARZTRG87aKa_SUM bzw. _IK) wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten auf eins gesetzt werden.	x	x
15.j		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 - Schritt 15.h - Schritt 15.i**	x	x
16.		Ermittlung kassenspezifischer Anteil am GKV-Leistungsbedarf **= Schritt 15.j Einzelkasse / Schritt 15.j GKV-weit**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
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 12)**	x	x
18.a		**= Schritt 17. + Schritt 18.**	x	x

Weiterentwicklung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
19.	3.7.1	Anpassung Versichertenzahl: **= Schritt 18.a / (Versichertenzahl gem. KASSRG87aMGV_IK des VJQ) * (Versichertenzahl gem. ANZVER87a_IK des aktuellen Quartals)**	x	x
20.	3.7.1.1	Ermittlung 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 * (- 0,2707 %))**	x	x
22.	3.9.1	**Gesamtbereinigungsmengen des VJQ**	x	x

Schritt	Ziffer HON	Beschreibung	a) GKV-weit	b) Einzelkasse
22.a	3.9.1	**Aktualisierte Gesamtbereinigungsmengen des VJQ** unter Berücksichtigung des Kassenwechslereffekts nach Ziffer 3.5.2 HON von **+ 0,0517 %** sowie unter Berücksichtigung anderer Veränderungsraten und der MGV-EGV Abgrenzung	x	x
22.b	3.9.1	Durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten **= Schritt 22.a / KASSRG87aMGV_IK des VJQ**	x	x
22.c	3.9.1	Berücksichtigung der Versichertenentwicklung für die Bereinigungsmenge **= Schritt 22.b * (ANZVER87a_IK im aktuellen Quartal - KASSRG87aMGV_IK des VJQ)**	x	x
22.d	3.9.1	Angepasster kassenspezifischer Behandlungsbedarf **= Schritt 21. + Schritt 22.c**	x	x
23.	3.9.2 3.9.3 3.9.4	**Berücksichtigung der Differenzbereinigung** aufgrund von Selektivverträgen (negativ oder positiv)	x	x
24.		Ermittlung **KASSRG-Wert** **= Schritt 22.d - Schritt 23.**	x	x
24.a		Kassenspezifische MGV in Euro **= Schritt 24. * regionaler Punktwert des Jahres 2023**	x	x

Um nachträgliche Korrekturen in der MGV-Berechnung und entsprechend notwendige Ausgleiche im nächst erreichbaren Formblatt 3 möglichst zu vermeiden, wird die Berechnung der MGV vor der Erstellung der eigentlichen Abrechnung zwischen KVH und den Kassen/Verbänden frühzeitig abgestimmt. Die von der KVH übermittelten MGV-Berechnungen beinhalten durchgängig die Summenangaben für die GKV-Werte.

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2023

Rechenweg des regionalen Punktwertzuschlags gem. Nr. 2 der Honorarvereinbarung 2023 (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 2023

Evaluation förderungswürdiger Leistungen und/oder Leistungserbringer

In dieser Anlage werden unter Bezugnahme auf die konkret in der vorstehenden Honorarvereinbarung getroffenen Vergütungsregelungen bei Bedarf Regelungen über die Evaluation getroffen.

I. Regelung in Ziffer 5.1 Hyposensibilisierungsbehandlung

II. Regelung in Ziffer 4.38 Zuschlag Onkologie

III. NN

IV. Regelungen in Ziffer 5.2 Förderung der Kinderärzte

Zu I.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass für die betreffende, förderungswürdige Leistung wie nachfolgend beschrieben eine Evaluation durch die KV Hamburg durchgeführt wird.

1. Das Versorgungsproblem (Defizit) ist in Ziffer 5.1. der Honorarvereinbarung beschrieben und wird berücksichtigt.

2. Die Maßnahme und die Begründung sind in Ziffer 5.1. der Honorarvereinbarung beschrieben und werden berücksichtigt.

3. Angestrebtes Ziel / Indikatoren:

   a) Einerseits soll die Entwicklung aller Fälle (Behandlungsfälle) berücksichtigt werden, bei denen eine, auf Grundlage der ICD-Liste (Anhang 1) maßgebliche, allergische Diagnosen vorhanden ist.

   b) Anderseits soll die Entwicklung der Fälle mit abgerechneter Zuschlagsziffer berücksichtigt werden.

   c) Dabei soll als Ziel eine Steigerung der Abrechnungen zu b. von 2,5 % und in Bezug auf a. 0,3626 % definiert werden.

4. Der Evaluationszeitraum, zugleich Datenerhebungszeitraum soll drei Jahre (Quartal 1/2021 bis Quartal 4/2023) sowie als Basisjahr für die entsprechenden Vergleichsbetrachtungen das Jahr 2018 umfassen.

5. Nach Erstellung der Evaluation wird diese von der KVH spätestens zwei Monate nach Bereitstellung der EFN-Daten des letzten Quartals im Erhebungszeitraum vorgestellt und von den Partnern dieser Vereinbarung gemeinsam bewertet. Bei der Bewertung sind sich die Vertragspartner darüber einig, dass aufgrund einer Vielzahl von zwischen dem Basisjahr 2018 und dem Ende der Evaluationszeit aufgetretenen strukturellen (TSVG, EBM-Reform, ect.pp.) sowie Corona-bedingten Veränderungen, diese besonders berücksichtigt werden müssen. Ebenso wird bei der Evaluation der unter 3. beschriebene Ansatz hinsichtlich der

Tragfähigkeit für die Zielgrößenfestlegung und Evaluation überprüft.

Zu II.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass für die betreffenden, förderungswürdigen Leistungen wie nachfolgend beschrieben eine Evaluation durch die KV durchgeführt wird.

1. Die Beschreibung des Versorgungsproblems (Defizit) berücksichtigt die bei Beginn der Förderung bestehende, tatsächliche Versorgungssituation in der Behandlung von Krebserkrankungen durch die von der Förderung betroffenen Arztgruppen (Urologen und Gynäkologen).

2. Maßnahme: Ist die Förderung der Durchführung von Behandlungen von Patienten mit Krebserkrankungen durch die Urologen und Gynäkologen durch die extrabudgetäre Zuschlagsregelung gem. Ziffer 4.38 der Honorarvereinbarung.

3. Die Begründung ist gesondert als Anhang 2 enthalten.

4. Als Ziel soll dabei festgelegt werden, dass die bestehende Versorgungssituation hinsichtlich der qualifizierten Versorgung durch die sogenannten „Fächeronkologen“ nicht verschlechtert wird. Dies wäre der Fall, wenn sich die Fallzahlen in der Erhebung gem. Ziffer 5. im Untersuchungszeitraum im Vergleich zu 2019 stabilisiert.

5. Hierzu sollen die durch die betreffenden Arztgruppen abgerechneten Fallzahlen mit Zuschlägen über eine Zeitreihe erhoben und bewertet werden (Indikatoren). Als Erfolg gilt eine Stabilisierung der Fallzahlen (vgl. hierzu Anhang 4).

6. Der Evaluationszeitraum, zugleich Datenerhebungszeitraum (Quartal 1/2021 bis Quartal 4/2022) soll zwei Jahre umfassen. Die Vertragspartner vereinbaren das Jahr 2019 abweichend von 2020 als Basisjahr gem. Nr. 4.

7. Nach Erstellung der Evaluation wird diese von der KVH spätestens zwei Monate nach Bereitstellung der EFN-Daten des letzten Quartals im Erhebungszeitraum vorgestellt und von den Partnern dieser Vereinbarung gemeinsam bewertet. Bei der Bewertung sind sich die Vertragspartner darüber einig, dass auf Grund der Vielzahl der zwischen dem Basisjahr 2019 und dem Ende der Evaluationszeit stattgehabten strukturellen (TSVG, EBM-Reform, ect.pp.) sowie Corona-bedingten Veränderungen, diese besonders berücksichtigt werden müssen.

Zu III.

NN

Zu IV.

1. Beschreibung des Versorgungsproblems

Nach einer wissenschaftlichen Analyse zur pädiatrischen Versorgung in Hamburg wurden im Jahr 2018 vier neue Kinderarztsitze geschaffen. Die Vertragspartner sind sich vor dem Hintergrund der durchgeführten Evaluation darüber einig, dass die Finanzierung der kinderärztlichen Grundversorgung im Stadtgebiet auch zukünftig erforderlich ist. Allerdings soll künftig die Förderungssystematik umgestellt werden. Statt einer basiswirksamen MGV-Einstellung der finanziellen Mittel erfolgte mit Wirkung ab dem 01.01.2022 gem. 3.3.2 der Honorarvereinbarung 2022 in Verbindung mit Ziffer 5.2 eine Zuschlagslösung mit entsprechender Bereinigung der MGV.

Der Schwerpunkt der Stärkungsnotwendigkeit hat sich in den Bereich der Versorgung älterer Kinder (Kinder ab 4 Jahren und schulpflichtige Kinder) verlagert[2]. Das gilt insbesondere für sozialökonomisch benachteiligten Stadtbezirke, in denen eine höhere Morbidität vorliegt[3] und auch mehr chronisch erkrankte Kinder zu versorgen sind. Eine Auswertung der Diagnose- und Abrechnungsdaten[4] zeigt, dass die kinderärztliche Grundversorgung in diesen Stadtbezirken durch ein zusätzliches Angebot von Gesprächsleistungen der sozialpädiatrischen Versorgung und der Psychosomatik gestärkt werden kann.

2. Maßnahmen zur Behebung des Versorgungsproblems

Die Vertragspartner verfolgen vor diesem Hintergrund das Ziel, mit Hilfe von finanziellen Anreizen die kinderärztliche Grundversorgung in Hamburg zu fördern. Die Förderung erfolgt unter Berücksichtigung der durch den Bewertungsausschuss beschlossenen Vorgaben zu förderungswürdigen Leistungen und Leistungserbringern[5] durch Zuschläge

a) auf die GOP 04355 (sozialpädiatrische Versorgung) sowie
b) auf die GOP 04230 bzw. für Schwerpunktpädiater die 04231 EBM (problemorientiertes ärztliches Gespräch)

für Ärzte, die die Berechtigung zur Abrechnung der vorgenannten GOP haben und in genau definierten, sozialökonomisch benachteiligten Bezirken - Bergedorf, Hamburg-Mitte und Harburg - praktizieren. Das Nähere zu den Zuschlägen und den anspruchsberechtigten Ärzten ist in Ziffer 5.2 der Honorarvereinbarung geregelt.[6]

3. Begründung

---

[2] Zitat: Unsere Präsentation (inkl. Evaluation), Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) „Nachbildung von SGX und UX für Hamburger Stadtteile im Metropolenvergleich mittels IRB-Daten (Ergebnisbericht)“ Dr. Mandy Schulz Ramona Hering Thomas Czihal Berlin, 08.10.2020."

[3] Ebd. A.a.O.

[4] Ebd. A.a.O. bzw. gesonderte Auswertung von Frau Pörtje/Hartmann zu den GOP 04533, 35100 und ggf. weitere Gesprächs-GOP.

[5] Beschluss Nr. 456: https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2019-11-25_ba456.pdf.

[6] Anmerkung: Dort sollte eine Liste der Praxen bzw. der förderungsrelevanten Bezirke aufgenommen werden.

Die Zuschlagslösung soll sicherstellen, dass das Angebot von Gesprächsleistungen in den Bezirken Bergedorf, Hamburg-Mitte und Harburg verbessert wird, in denen Kinder mit einer vergleichsweise hohen Morbidität leben und medizinisch versorgt werden müssen. Im Übrigen wird auf Ziffer 1. verwiesen.

4. Ziel und Evaluation

Der Förderungszeitraum beträgt 3 Jahre – vom 1. Quartal 2022 bis einschließlich dem 4. Quartal 2024.

Die Abrechnungsfrequenz der anspruchsberechtigten Ärzte soll ausgehend vom Basisjahr bis zum Ende des Förderzeitraums (Evaluationszeitraums) bei der GOP 04355 und bei der GOP 04230 bzw. für Schwerpunktpädiater die 04231 EBM mindestens um 5 Prozent im Vergleich zum Basisjahr 2019 gem. der Abrechnungsfrequenz je VZÄ (siehe Anhang 3) gesteigert werden.

Spätestens zwei Monate nach Bereitstellung der EFN-Daten des 4. Quartals 2024 stellt die KV Hamburg eine Evaluation vor. Diese wird von den Partnern dieser Vereinbarung gemeinsam bewertet.

Anhang 1

Top-5-ICD (Häufigste Diagnosen bei Patienten mit GOP 98000)

ICD-10	ICD-10 Bezeichnung
Z51.6	Desensibilisierung gegenüber Allergenen
J30.1	Allergische Rhinopathie durch Pollen (inkl. Heufieber und Heuschnupfen, Pollenallergie o.n.A., Pollinose)
J30.4	Allergische Rhinopathie, nicht näher bezeichnet
J30.3	Sonstige allergische Rhinopathie (inkl. Ganzjährig bestehende allergische Rhinopathie)
J45.0	Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale (Allergische: Bronchitis o.n.A., Allergische: Rhinopathie mit Asthma bronchiale, Atopisches Asthma (Exogenes allergisches Asthma bronchiale [Extrinsisches Asthma], Heuschnupfen mit Asthma bronchiale)

Anhang 2

Die Versorgungssituation, die im Bereich der KV Hamburg den Ausgangspunkt für die Begründung der Förderungswürdigkeit der urologischen und gynäkologischen Onkologie (sogenannte Fächeronkologie) beschreibt, existierte bereits vor Inkrafttreten der neuen Onkologie-Vereinbarung im Jahre 2010.

Sie war und ist bis heute dadurch gekennzeichnet, dass die Fächeronkologen neben den 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 der Honorarvereinbarung erreicht werden, dass die Fächeronkologie in der existierenden Versorgungsrealität der onkologischen Versorgung in Hamburg erhalten bleibt. Aufgrund der regionalspezifischen Ausrichtung der Vergütungshöhe der Pauschalen nach der Onkologie-Vereinbarung sahen die Partner der Honorarvereinbarung auch der Höhe nach in einer Bewertung mit 191 Punkten für den Zuschlag ein taugliches Mittel zur Zielerreichung.

Im Rahmen der Evaluation soll nunmehr überprüft werden, ob und inwieweit die Förderungsmaßnahmen zu einer Erhaltung der regionalen onkologischen Versorgungsstrukturen beigetragen haben.

Hier ist in einem Evaluationszeitraum von 12 Quartalen, beginnend ab dem 01.01.2021 anhand der fachgruppenspezifischen (Fächeronkologen) Abrechnungsfrequenzen der Zuschlagsziffer 99315/99345 zu prüfen, inwieweit sich das Versorgungsgeschehen im Vergleich zur Basis 2019 stabil verhalten hat und/oder nicht verschlechtert hat (Zielwert). Aufgrund der Vielzahl möglicher Einflussfaktoren (beispielsweise der Corona-Pandemie, Veränderungen in der Zahl) sind die Ergebnisse einer bewertenden Betrachtung der Vertragspartner zuzuführen.

Damit werden die Voraussetzungen des 456. Beschlusses des Bewertungsausschusses über die Grundlagen für Förderungswürdige Leistungen/Leistungserbringer erfüllt.

Als Förderungsvariante kommt Nr. 2/3. Spiegelstrich zur Anwendung: „-wenn bestehende bzw. sich abzeichnende Versorgungsmängel durch gezielte Förderung reduziert bzw. vermieden werden könne, beispielsweise durch Veränderungen oder Erweiterungen der Angebotsstrukturen.

Mit dem Erhalt der beschriebenen Versorgungssituation als Ausfluss der in der Onkologie-Vereinbarung beschriebenen Grundsätze der Versorgung durch Onkologen und Fächeronkologen wird auch ein überprüfbares Ziel verschriftlicht, welches durch die beschriebene Auswertung der Abrechnungsfrequenzen hinsichtlich einer Zielerreichung messbar ist.

Schlussendlich werden damit auch die Grundlagen für eine anschließende Bewertung der Fördermaßnahmen durch die Vertragspartner gelegt.

Anhang 3

Abrechnungsfrequenzen je VZÄ bezogen auf das Basisjahr 2019 in den Bezirken Bergedorf, Hamburg-Mitte und Harburg

	1. Quartal 2019	2. Quartal 2019	3. Quartal 2019	4. Quartal 2019	Durchschnitt
GOP 04230	517	469	450	488	480
GOP 04355	103	91	90	94	94

Anhang 4

Abrechnungshäufigkeit bezogen auf das Basisjahr 2019

	1. Quartal 2019	2. Quartal 2019	3. Quartal 2019	4. Quartal 2019	Summe
GOP 86510	3.277	4.366	5.958	6.112	19.713
GOP 86512	8.641	8.013	18.996	19.209	54.859
GOP 99315	4.198	551	9.069	9.209	23.027
GOP 99345	415	2.194	2.235	2.280	7.124

Protokollnotiz
zur
Honorarvereinbarung 2023

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 das 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 2023 hinausgehen, die nachfolgenden Feststellungen und werden diese in der Protokollnotiz für die Folgejahre fortführen und unter Berücksichtigung etwaiger Folgebeschlüsse umsetzen. Dies betrifft insbesondere folgende Beschlüsse:

a) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 53. EBA, geändert durch den 430. BA, anzuwenden ist. Die Protokollnotiz Nr. 1 des Beschlusses regelt, dass für den Fall, dass bis zum 31. Dezember 2020 festgestellt werden kann, dass für einen Großteil der Vertragsarztpraxen die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum BMV-Ä vorliegen, eine bis dahin extrabudgetär vergütete Leistung in die betroffenen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen als deren Teilleistung überführt wird. Das bedeutet, dass in diesem Fall ab 01.01.2021 die GOP 01641 (Zuschlag Notfalldatensatz) nach den im 53. EBA, geändert durch den 430. BA, in Teil C festgelegten Voraussetzungen im EBM und in Ziffer 4.62 gestrichen wird und gleichzeitig der Behandlungsbedarf nach Maßgabe des Teil C des Beschlusses angehoben wird. Unter diesen Voraussetzungen wird die Protokollnotiz in 2021 umgesetzt. Die Vertragspartner nehmen mit dem Unterschriftdatum dieser Honorarvereinbarung zur Kenntnis, dass die Feststellungen nach Satz 1 noch nicht getroffen worden sind und führen die Protokollnotiz fort. Etwaige Änderungen werden in Nachträgen zur Honorarvereinbarung 2023 getroffen, andernfalls wird diese Protokollnotiz auch in 2024 fortgeschrieben.

b) Die Vertragspartner stimmen überein, dass der 430. BA (Sitzung am 12.12.2018) anzuwenden ist. Das bedeutet, dass die Überführung der in der Ziffer 4.69 (Zweitmeinungsverfahren) dieser Vereinbarung extrabudgetär gestellten Leistungen für die Indikation Mandeloperation und Gebärmutterentfernungen zum 01.01.2022 erfolgt sowie für weitere Indikationen jeweils zu Beginn des **zwölften** auf das Inkrafttreten der entsprechenden Erweiterung der Richtlinie des G-BA zum Zweitmeinungsverfahren folgenden Quartals gemäß der hierzugetroffenen Regelungen des 430. BA ggf. einschließlich etwaiger Folgebeschlüsse erfolgen wird. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in der Honorarvereinbarung 2022 umgesetzt und fortgeschrieben.

Für die Kennzeichnung der Leistungen nach Ziffer 4.69 bei der Abrechnung gilt: der EBM in Verbindung mit den Codierungslisten der KBV.

Nr.	Zweitmeinungsverfahren	Einführung EGV	Überführung in die MGV
4	Amputation beim diabetischen Fußsyndrom	26.5.2021/01.07.2021 – 31.03.2024	01.04.2024
5	Implantationen einer Knieendoprothese	11.01.2021/01.04.2021 – 31.12.2023	01.01.2024
6	Eingriffe an der Wirbelsäule	19.11.2021/01.01.2022 – 30.09.2024	01.10.2024
7	Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen	31.05.2022 – 31.03.2025	01.04.2025
8	Eingriffe zur Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators oder eines CRT-Aggregats	28.07.2022 – 30.06.2025	01.07.2025
9	Eingriffe zur Cholezystektomie	09.12.2022/01.01.2023 – 31.12.2026	01.10.2025

c) Die Vertragspartner werden mit Wirkung ab dem 01.07.2020 den 481. BA (schriftliche Beschlussfassung) umsetzen. Das bedeutet, dass die EGV-Stellung der GOP 01660 zum 30.06.2023 endet. Sofern der BA bis zum 31.12.2022 Folgeregelungen über den 30.06.2023 hinaus trifft, werden die Vertragspartner dies in Nachträgen berücksichtigen.

d) Die Vertragspartner werden mit Wirkung ab dem 01.01.2021 bzw. 01.01.2024 den 547. BA (schriftliche Beschlussfassung) umsetzen. Das bedeutet, dass für die Überführung der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 11302 ab dem 1. Januar 2021 aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in die Ziffer 4.107 dieser Honorarvereinbarung und ab dem 1. Januar 2024 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019 oder entsprechender Folgebeschlüsse, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile einzelner Krankenkassen nicht angewendet wird. Zur Begründung wird auf den Inhalt des vorgenannten Beschlusses bzgl. der GOP 11302 verwiesen. Vor diesem Hintergrund wird die Protokollnotiz bis 2023 fortgeschrieben.

e) 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 2026 fortgeschrieben.

f) Die Vertragspartner werden den 549. BA (Sitzung am 17.02.2021) umsetzen, das bedeutet, dass die Frist gemäß Absatz 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 470. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Empfehlungen im Zusammenhang mit der Verordnungsbefugnis nach der Gebührenordnungsposition 01611 (Verordnung von medizinischer Rehabilitation) sich für die Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 01611 um zwei Jahre verlängert und auf den 31. März 2023 festgesetzt wird. Bis spätestens zu diesem Zeitpunkt berät der Bewertungsausschuss über das weitere Vorgehen hinsichtlich der Finanzierung. Die Vertragspartner werden nach Vorliegen der Beratungsergebnisse diese Protokollnotiz streichen oder darauf fußende Folgebeschlüsse zum Gegenstand von Nachträgen machen.

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 steht der Termin der Rücküberführung vorbehaltlich einer Entscheidung der Träger des Bewertungsausschusses, insbesondere über die der Mengenentwicklung fest. Davon sind insbesondere Beschlüsse betroffen, die auf den 323. BA Nr. 5 verweisen. In diesen Fällen erfolgt die Rücküberführung vorbehaltlich abweichender nachgehender Beschlüsse 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).

g) Die Vertragspartner setzen den 581. BA (Sitzung am 26.01.2022) zur basiswirksamen Bereinigung entsprechend der Vorgaben für ein Verfahren zur Korrektur der Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V um die bisher nicht berücksichtigten Leistungsmengen der in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 5 und 6 SGB V genannten Leistungen um. Das bedeutet, dass Differenzen zwischen den Vorabberechnungen der KVH für das 4. Quartal 2022 und der Berechnung durch das Institut des Bewertungsausschusses bei der Rechnungslegung des Folgequartals (1. Quartal 2023) zu berücksichtigen sind.

h) 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. Das bedeutet, dass die Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auch für die Quartale 1 + 2/2023 erfolgt ist. Des Weiteren werden die Beschlüsse zu den Korrekturquartalen 1 – 4/2026 umgesetzt. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz vorbehaltlich abweichender Beschlüsse in 2023 umgesetzt und in Bezug auf die Korrektur in 2026 fortgeführt.

5. Den Vertragspartnern ist weiterhin bewusst, dass die Beanstandung des 426. Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 18.09.2018 Gegenstand eines Rechtsstreits beim LSG Berlin-Brandenburg unter dem Aktenzeichen L7KA47/18KL ist. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die nach einem nicht mehr anfechtbaren Urteil in diesem Rechtsstreit geltende oder herzustellende Beschlusslage rückwirkend auf die Honorarvereinbarung 2019 angewendet und insoweit - wenn notwendig - eine Rückabwicklung des Vertrages stattfindet.

6. Der 433. Bewertungsausschuss hat in seiner Sitzung am 22.01.2019 im Zusammenhang mit der Neubewertung der Leistung nach der GOP 08411 (Geburt) zum 1. Januar 2019 folgende Regelung im Teil B beschlossen:

„Aufgrund regionaler Unterschiede der Höhe der Prämien für die Berufshaftpflichtversicherung empfiehlt der Bewertungsausschuss den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene jährlich zu prüfen, ob und in welcher Höhe eine Förderung gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V über die Bewertung der GOP 08411 hinaus, vorzunehmen ist.“

Dieser Verpflichtung zur regionalen Bewertung werden die Partner dieser Vereinbarung auch unterjährig nachkommen und soweit erforderlich im Rahmen eines entsprechenden Nachtrages umsetzen.

7. Die Vertragspartner sind sich darin einig, dass die Neuregelungen der Ziffer 12 zu den verspätet eingereichten Behandlungsausweisen etabliert wurden, um die durch die Abweichung von Leistungserbringerquartal und Abrechnungsquartal bedingten etwaigen finanziellen Mehrbelastungen oder Minderbelastungen zwischen den Vertragspartnern im Bereich der EGV zu vermeiden.

Hierzu hat sich die KV Hamburg in einem 1. Schritt zur operativen Umsetzung mit Wirkung für Abrechnungsquartale ab dem 01.01.2021ff in dem in Ziffer 12 beschriebenen Umfang verpflichtet.

Ausdrücklich nicht umfasst von diesem 1. Schritt sind GOP, die im Abrechnungsquartal nach den Regelungen der Honorarvereinbarung extrabudgetär vergütet werden, für die aber neben dem Preis der regionalen Eurogebührenordnung sonstige, die Vergütungshöhe beeinflussende Regelungen existieren und Anwendung finden.

Aufgrund der ausgesprochenen Komplexität der Auswirkungen einer Einbeziehung der vorgenannten Ausnahmen in künftige Regelungen der Ziffer 12, verständigen sich die Vertragspartner auf das nachfolgende Vorgehen:

1. Die Vertragspartner werden nach erfolgter Rechnungslegung für die Quartale I-IV/2021 die Erfahrungen bzgl. der bestehenden Regelung in Ziffer 12 bewerten.
2. Die KV Hamburg wird Lösungsvorschläge erarbeiten, die eine vollständige Einbeziehung alle EGV-GOP bzgl. verspätet eingereichter Behandlungsausweise ermöglichen soll. Hierbei sind insbesondere die Voraussetzungen einer solchen Regelung im Fremdkassenzahlungsausgleich zu berücksichtigen, da dies mit ca. 30% einen für die KV Hamburg erheblichen Anteil am Vergütungsvolumen und damit auch an den Auswirkungen einer solchen Regelung ausmacht. Darüber hinaus sind ebenfalls die Wechselwirkungen derartiger Regelungen zwischen der arztseitigen Abrechnung und der kassenseitigen Rechnungslegung zu berücksichtigen.

Auf der Grundlage der vorgenannten Bewertungen und Ergebnisse beabsichtigen die Vertragspartner, sich über eine weitergehende Regelung zu verständigen.

8. 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 bestehende oder drohende Versorgungsdefizite zu definieren sind sowie ob und wo diese vorliegen. 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 werden die Vertragspartner zeitnah gesonderte Gespräche und Verhandlungen zur Identifikation von Handlungsfeldern und ggf. entsprechender Maßnahmen aufnehmen.

9. Den Vertragspartnern ist bewusst, dass der Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 77. Sitzung am 14. September 2022 zur Festlegung gemäß § 87 Abs. 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGBV des Orientierungswertes für das Jahr 2023 Gegenstand einer Klage der KBV werden kann. Zudem hat der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 78. Sitzung am 16. November 2022 die sofortige Vollziehung seiner Entscheidung angeordnet. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die nach einem nicht mehr anfechtbaren Urteil in einem diesbezüglichen Rechtsstreit geltende oder herzustellende Beschlusslage rückwirkend auf die Honorarvereinbarung 2023 angewendet und insoweit - wenn notwendig - eine Rückabwicklung des Vertrages stattfindet. Die Vertragspartner werden ein etwaiges Aktenzeichen im Falle einer Klage in diese Protokollnotiz aufnehmen und die Regelung soweit notwendig in die Honorarvereinbarungen der Folgejahre bis zu einer Entscheidung des Rechtsstreits fortschreiben.

Anhang 1 Protokollnotiz Honorarvereinbarung 2023

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
6	Ziffer 4.88 - Videofallkonferenz und Authentifizierung - GOP 01442	01.01.2024 Eindeckelung	453. BA Teil B i.V.m 570. BA Teil B i.V.m. 617. BA	2
7	Ziffer 4.89 - Humangenetische Leistungen - GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236	01.01.2023 - Eindeckelung	372. BA i.V.m. 448. BA	1
8	Ziffer 4.43 - Humangenetische Leistungen - EBM-Abschnitt 19.4.2	01.07.2023 - Eindeckelung	372. BA i.V.m. 448. BA	1
11	Ziffer 4.104 - vertragsärztliche und sektorenübergreifende Telekonsile gem. der Telekonsilien-Vereinbarung - GOP 01670 bis 01672	Eindeckelung	60. EBA	3

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	01.10.2023 - Eindeckelung	567. BA Teil B	2
19	Ziffer 4.118 (1) - Probatorische Sitzungen im Gruppensetting - GOP 35163 bis 35169	Eindeckelung	567. BA Teil B	3
20	Ziffer 4.118 (2) - Gruppenpsychothera-peutische Grundversorgung - GOP 35173 bis 35179	Eindeckelung	567. BA Teil B	3
21	Ziffer 4.118 (3) - GOP 01410 und 01413 im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gemäß § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie	01.10.2023 - Eindeckelung	567. BA Teil B	2
25	Ziffer 4.119 - Biomarkerbasierter Test sowie Untersuchung auf Mikrosatelliteninstabilität - GOP 19506	01.10.2023 - Eindeckelung	570. BA Teil C	2
26	Ziffer 4.120 - Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken - GOP 01540 bis 01545	01.04.2024 - Eindeckelung der GOP 01540 bis 01542 01.04.2023 - Eindeckelung der GOP 01543 bis 01545	572. BA Teil B Nr. 2 572. BA Teil B Nr. 3	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	01.01.2024 - Eindeckelung	76. EBA Teil. B	2
29	Ziffer 4.124 - Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA vivira - GOP 01472	01.07.2024 - Eindeckelung	595. BA Teil C	2
30	Ziffer 4.125 - Orale Hyposensibilisierungsbehandlung - GOP 30133 und 30134	01.07.2024 - Eindeckelung	590. BA Teil B	2
31	Ziffer 4.126 - Zuschlag im Zusammenhang mit der Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation - GOP 01613	01.07.2024 - Eindeckelung	608. BA Teil B	2
32	Ziffer 4.127 - Genotypisierung zur Bestimmung des UDP-Glucuronosyltransferase 1A1 - GOP 32868	01.10.2024 - Eindeckelung	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	01.10.2024 – Eindeckelung	6. erg. BA und 610. BA	2

	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).			
34	Ziffer 4.131 - 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 Außerklinischer Intensivpflege -GOP 37700, 37701, 37704 bis 37706 und 37714	01.12.2024- Eindeckelung 01.12.2024- Eindeckelung	617. BA Teil C	2 Die Vertragspartner tauschen sich rechtzeitig vor dem 01.12.2024 erneut darüber aus, inwieweit die Eindeckelung innerhalb eines Quartals umsetzbar ist
35	GOP 37710, 37711, und 37720 („Leistungen im Zusammenhang mit der außerklinischen Intensivpflegegemäß AKI-RL“).	01.01.2025- Eindeckelung	617. BA Teil D	2
36	Ziffer 4.83 - HIV-Präexpositionsprophylaxe - Abschnitt 1.7.8 EBM	01.01.2024 - Eindeckelung	620. BA	2
37	Ziffer 4.84 - Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA - GOP 32850	01.01.2024 - Eindeckelung	620. BA	1
38	Ziffer 4.132 - Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA zanadio - GOP 01473	01.01.2025 - Eindeckelung	618.BA Teil C	2

39	Ziffer 4.133 - Nukleinsäurenachweis von Orthopoxviren - GOP 32810	01.01.2025 - Eindeckelung	620. BA Teil C	2