

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 2024

vereinbart:

Diese gemeinsam und einheitlich vereinbarte Honorarvereinbarung wird als Anlage „Honorarvereinbarung 2024“ 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 11,9339 Cent. Er ergibt sich als regionaler Punktwert aus dem um einen Zuschlag von 0 Prozent (0,00 Cent) erhöhten bundeseinheitlichen Punktwert von 11,9339 Cent als Orientierungswert.

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

3. Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Krankenkassen ergibt sich aus dem Produkt des nach Maßgabe der nachstehenden Ziffern 3.1 bis 3.12 sowie den Vorgaben und Empfehlungen des 383. BA in seiner Sitzung am 21.09.2016 zuletzt geändert mit Beschluss des BA in seiner 654. 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 2024 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 664. BA (Sitzung vom 9. August 2023) („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 01.01.2024 bis 30.06.2024 (Quartale 1/2024 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 Aufsatzwertbeschlusses angewendet, wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten in Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt werden.
2. Mit Wirkung ab dem 01.01.2024 bis 31.03.2024 (Quartal 1/2024) wird der Behandlungsbedarfs gemäß des 682. BA (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des 652. BA (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den 662. BA (schriftliche Beschlussfassung) um die KV-spezifischen Bereinigungsmengen in Punkten zur Umsetzung der Bereinigung kinder- und jugendpsychiatrischer Leistungen abgesenkt. Die Punktzahl für das 1. Quartal 2024 beträgt 11.180.022 Punkte.
3. Mit Wirkung ab dem 01.04.2024 bis 31.03.2025 (Quartal 2/2024 bis 1/2025) wird der Behandlungsbedarf gem. Ziffer 4.69 in Umsetzung des 430. BA (12.12.2018) für die Leistungen nach der GOP 01645 sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „Amputation beim diabetischen Fußsyndrom“ in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt. Hierbei wird das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Aufsatzwertbeschlusses angewendet, wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten in Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt werden.
4. Mit Wirkung ab dem 01.01.2024 bis 31.12.2024 (Quartal 1/2024 bis 4/2024) wird der Behandlungsbedarf gem. Ziffer 4.69 in Umsetzung des 430. BA (12.12.2018) für die Leistungen nach der GOP 01645 sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „Implantationen einer Knieendoprothese“ 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 Abstufungsquoten in Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt werden.

5. Mit Wirkung ab dem 01.10.2024 bis 30.09.2025 (Quartal 4/2024 bis 3/2025) wird der Behandlungsbedarf gem. Ziffer 4.69 in Umsetzung des 430. BA (12.12.2018) für die Leistungen nach der GOP 01645 sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die Indikation „Eingriffe an der Wirbelsäule“ 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 Abstufungsquoten in Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt werden.
6. Für die Leistungen nach Ziffer 4.38 der Honorarvereinbarung 2023 („Zuschläge zur Onkologievereinbarung“), welche nach der aktuellen Honorarvereinbarung nicht vollständig in der Regelung nach Ziffer 5.3 substituiert werden, erfolgt eine Teilrückbereinigung in entsprechender Anwendung der ursprünglichen Bereinigung aus der Honorarvereinbarung 2016 auf der Basis von 14.500 Euro pro Quartal. Das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Aufsatzwertebeschlusses wobei die KV-spezifischen Abstufungsquote in Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt wird, wird insoweit angewandt und die MGV um die sich hieraus ergebende Punktzahl erhöht.

3.3.2 NN

3.4 Im Anschluss daran erfolgt gemäß Ziffer 2.2.1.3 des Aufsatzwertebeschlusses 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 622. BA (schriftliche Beschlussfassung [„Bereinigungsbeschluss“]) auf eine Bereinigung verzichten, wird der gemäß Ziffer 3.4 der Honorarvereinbarung festgestellte Behandlungsbedarf gemäß Nr. 4.7 Ziffer 7 des vorgenannten Beschlusses um die Summe der ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina aller betroffenen Kassen vermindert.

3.5.2 Der gemäß Ziffer 3.5.1 festgestellten Behandlungsbedarf wird in jedem Quartal des Jahres 2024, das sind die Quartale I-IV/2024, um die nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses zur Bereinigung offener Sprechstunden in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023 zuletzt geändert durch den 651. BA in schriftlicher Beschlussfassung (Bereinigung Offene Sprechstunde) in Verbindung mit dem Aufsatzwertebeschluss Ziffer 2.2.1.3 für das aktuelle Abrechnungsquartal ermittelte Bereinigungsmenge in Punkten vermindert.

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

1. Leistungen von Teilnehmern an Selektivverträgen nach § 73c SGB V a. F. und § 140a SGB V (inkl. nicht vertragskonformer Inanspruchnahme) liegen im Versorgungsbereich der KV Hamburg nicht vor. Deshalb werden hierzu keine weiteren Regelungen erforderlich.
2. EBM-Bewertungsänderungen zwischen den Vergleichsquartalen werden wie folgt berücksichtigt: Hierzu wird der Leistungsbedarf in Punkten des Vorjahresquartals mit den EBM-Bewertungen des aktuellen Quartals hinterlegt und diese zum Vergleich der Quartale herangezogen.
3. Die Vertragspartner sehen keinen Bedarf für eine Darstellung, die über die vom INBA verfügbar gemachten Informationen hinausgeht.

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

Der für jedes Quartal des Jahres 2024 anzuwendende prozentuale Ausgleichsbetrag beträgt +0,1016 Prozent (670. 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 2024 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 663. BA-Beschluss (schriftliche Beschlussfassung) berechneten Veränderungsrate zu 50 Prozent anhand der Demografie ohne Zwischenrundung ($0,0785 \% * 50 \% = 0,03925 \%$) und zu 50 Prozent anhand der Diagnosen ohne Zwischenrundung ($-0,1104 \% * 50 \% = -0,0552 \%$). Der Aufsatzwert wird damit um $-0,01595$ Prozent, aufgerundet auf 4 Nachkommastellen gleich $-0,0160$ 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.

3.10 Der Bewertungsausschuss hat in seiner 653. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) sowie korrespondierend hierzu im Aufsatzwertebeschluss Verfahren

1. zur Festsetzung der auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 87b Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V entfallenden morbiditätsbedingen Gesamtvergütung (MGV) mit Gültigkeit für die Quartale 2/2023 bis 4/2023 sowie
2. deren Fortschreibung in den Folgejahren beschlossen und
3. mit Wirkung zum 2. Quartal 2023 in der Nr. 3 des Aufsatzwertebeschlusses Vorgaben zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V („Entquotierung Kinderärzte“) beschlossen.

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

1. In Konkretisierung dieser Vorgaben vereinbaren die Vertragspartner dieser Honorarvereinbarung bei der Bildung des Ausgangsvolumens nach Ziffer. 3 des 653. BA die weiteren nachfolgend bezeichneten Volumina einvernehmlich in Abzug zu bringen
 - a) **120.366,43 EUR** für in der Honorarauszahlung des 2. Quartals 2022 noch nicht berücksichtigte TSVG-Korrekturen,
 - b) **122.702,82 EUR** für die in der Honorarauszahlung des 2. Quartals 2022 berücksichtigte Auflösung des Honorarausgleichsfonds, der auf die Kinderärzte entfiel sowie
 - c) **237.762,14 EUR** für die in der Honorarauszahlung des 2. Quartals 2022 berücksichtigte Auflösung von Rückstellungen, die auf die Kinderärzte entfielen.
2. Die gem. des 653. BA Ziffer 3 zugrunde zu legende erstmalig festgesetzte, auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin nach § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V entfallende MGV wird gem. des 653 BA Ziffer 7 anhand einer Excel-Tabelle zur Verfügung gestellt und beträgt 7.040.375,35 Euro.
3. In Konkretisierung dieser Vorgaben gem. Ziffer 6 Nr. 2 vereinbaren die Vertragspartner für den Fall, das die auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallende MGV nach Ziffer 3 des 653. BA die Vergütung der in Nr. 2 des 653. BA definierten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

ohne Honorarbegrenzung oder -minderung übersteigt, Zuschläge gemäß § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V.

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

Diese werden mit befreiender Wirkung aus der auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV gezahlt. Sofern für die vorgenannten Zuschläge die Kennzeichnung durch die Bundesebene vorgegeben wird, ist diese zu verwenden. Wird den regionalen Vertragspartnern die Kennzeichnung vorgegeben, erfolgt eine Abstimmung im Rahmen der Rechnungslegung und soweit erforderlich durch die Aufnahme der Kennzeichnungsregel in diese Honorarvereinbarung im Wege des nächsterreichbaren Nachtrages.

4. Im Rahmen der Rechnungslegung werden die entsprechend der in Ziffer 7 des 653. BA festgelegten Tabellen verwendet. Vor diesem Hintergrund wird im Rechenschema nach Anlage 2 zu dieser Vereinbarung lediglich
 - a) der Betrag des Ausgangswertes / Honorarvolumens Kinderärzte bzw. dessen Fortschreibung,
 - b) die festgestellte Vergütung der in Nr. 2 des 653. BA definierten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Honorarbegrenzung oder -minderung,
 - c) die Differenz zwischen b) und a) sowie,
 - d) die sich hieraus ergebende jeweilige „Ausgleichzahlung gem. § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V“¹ bzw. das Volumen der zu zahlenden Zuschläge gemäß § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V ausgewiesen.

5. Zusätzlich zu den bestehenden gesamtvertraglichen Abschlagsregelungen vereinbaren die Vertragspartner zur Vermeidung von Liquiditätsengpässen infolge der Umsetzung der vorstehenden Regelungen die nachfolgende Abschlagsregelung:

Anhand der ARZTRG des Vorjahresquartals wird die Differenz des Leistungsbedarfs zum Honorar für die Leistungen des Kapitels 4 EBM (mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005) je VKNR berechnet und in die Ermittlung der Abschlagszahlungen zusätzlich als erhöhender Posten mit aufgeführt. Alle Posten ergeben dann die Abschlagsbasis für das Quartal, anhand derer, multipliziert mit dem entsprechenden Prozentsatz nach den hierzu getroffenen gesamtvertraglichen Regelungen, die Abschläge je Monat festgestellt werden.

Die Regelung findet für das Quartal 1/2024 Anwendung.

Die zuvor genannte Regelung über eine Abschlagszahlung im Zusammenhang mit der Entquotierung der Kinderärzte kommt nur zur Anwendung, wenn die

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

tatsächlich geleisteten Abschlagszahlungen an die jeweiligen Kinderärzte aufgrund der vorstehenden Regelungen ebenfalls erhöht werden.“

3.11 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 sowie nach den Regelungen gem. Ziffer 3.10 dieser Honorarvereinbarung. Insoweit eine Nachschusspflicht nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V besteht, werden die diese betreffenden Regelungen in Nr. 8 dieses Vertrages verortet. Insbesondere kann keine Nachschusspflicht aus Regelungen zur Honorarverteilung resultieren.

3.12 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 Blutreinigungsverfahren des Abschnitts 40.14 EBM,

4.14 NN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.41 NN

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

4.43 Leistungen nach dem Abschnitt 19.4.4 EBM („humangenetische Leistungen“),

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

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

4.46 Leistungen nach den GOP 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 31.12.2024 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, die in Umsetzung des hierzu maßgeblichen Beschlusses des BA in seiner 430. Sitzung (Sitzung am 12.12.2018) jeweils zu Beginn des zwölften auf das Inkrafttreten der entsprechenden Erweiterung der Richtlinie des G-BA zum Zweitmeinungsverfahren folgenden Quartals wieder innerhalb der MGV vergütet werden,

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

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

4.72 NN

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

4.74 NN

4.75 NN

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

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

Dies sind die in das Kapitel 1.3 sowie in die arztgruppenspezifischen Kapitel 3 bis 27 (mit Ausnahme von Kapitel 12 und 19) und den Abschnitt 30.7 des EBM jeweils als „Zuschlag TSS-Terminvermittlung“ aufgenommenen GOP.

Zu jedem Zuschlag gibt es vier mögliche Zusätze A bis D, die die entsprechende Höhe der Zuschläge abbilden. Dabei steht das Buchstabensuffix A mit **200** Prozent Zuschlagshöhe für den „TSS-Akutfall“. Die weiteren Suffixe B mit **100** Prozent, C mit **80** Prozent und D mit **40** Prozent Zuschlagshöhe stehen jeweils für den „TSS-Terminfall“.

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

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

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

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

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

(TSVG-Konstellation: Hausarzt-Vermittlungsfall),

4.80 NN

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

4 und 6 SGB V) in Verbindung mit dem 452. BA Teil B zur Bestimmung eines Algorithmus zur Operationalisierung der Grenze für offene Sprechstunden.

(TSVG-Konstellation: Offene Sprechstunde),

4.82 NN

4.83 bis 31.12.2025 Leistungen des Abschnitts 1.7.8 EBM („HIV-Präexpositionsprophylaxe“),

4.84 bis 31.12.2025 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 (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 NN

4.97 NN

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

4.99 NN

4.100 NN

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

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

4.103 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 NN

4.108 NN

4.109 NN

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

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

4.112 Leistungen nach der GOP 02102 (Infusionstherapie mit Sebelipase alfa oder Velmanase alfa oder Olipudase alfa),

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 14.01.2025 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“).

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

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

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

4.137 Leistungen nach der GOP 32674 („Antikörpernachweis oder-bestimmung gegen Adeno-assoziierte Viren“) sowie der GOP 32820 („Genotypische CMV-Resistenztestung“),

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

4.139 Leistungen der kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung, Gespräche, Beratungen, Erörterungen, Abklärungen, Anleitung von Bezugs- oder Kontaktpersonen, Betreuung sowie kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung oder in beschützenden Einrichtungen oder Heimen gem. § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 8 SGB V,

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

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

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

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

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 Erfolgchancen bei vollständiger Durchführung der Immuntherapie steigen.

Für die Patienten ist die Behandlung mit Unannehmlichkeiten verbunden, weshalb das Thema „Compliance“ eine wichtige Rolle spielt. Den Vertragspartnern ist bewusst, dass ein Anstieg der Gesamtzahl von allergischen Patienten im Gegensatz zu einem gleichzeitig unterproportionalen Anteil von Patienten, die eine spezifische Immuntherapie erhalten, existiert. Infolge dessen könnten zusätzliche Kosten im Gesundheitswesen durch die Progredienz der Erkrankungen entstehen, z. B. durch eine Zunahme des allergischen Asthmas.² Ebenso ist die medikamentöse Behandlung allergischer Symptome unter Kostengesichtspunkten zu berücksichtigen und unter medizinischen Gesichtspunkten mit Blick auf mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten ggf. problematisch.

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

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

² 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.

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 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.

5.3. Förderung der onkologischen Versorgung in Verbindung mit Anlage 4

1. Die Vertragspartner vereinbaren zur Förderung von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie von Fachärzten für Urologie, die über eine Genehmigung zur Teilnahme an der „Onkologie-Vereinbarung“ verfügen, einen Zuschlag auf die GOP 26315 bzw. 08345 EBM in Höhe von 191 Punkten (99316 bzw. 99317) als Zuschlag für besonders förderungswürdige Leistungen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V in Verbindung mit dem 456. BA Nr. 2/3. Spiegelstrich.
2. Die Begründung für diese förderungswürdigen Leistungen und die entsprechende Evaluation kann der Anlage 4 entnommen werden.
3. Die Förderung erfolgt für den gesamten Zeitraum der Förderung nach Anlage 4 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die KV Hamburg wird pro Förderjahr die Differenz der tatsächlich für Versicherte mit Wohnort in Hamburg ausgezahlten Fördersumme zu 750.000 EUR ermitteln und teilt diese den Partnern der Honorarvereinbarung unverzüglich mit.

5.4. Förderung der Sehschule

Für die Förderung der Sehschule werden mit Wirkung ab dem 01.01.2024 bis zum 31.12.2025 nach den nachfolgenden Voraussetzungen Zuschläge für förderungswürdige Leistungserbringer nach Maßgabe des 456. BA vereinbart.

1. Die Krankenkassen stellen für die Förderung ein Fördervolumen in H.v. 130.000 EUR als extrabudgetäre Leistung mit Obergrenze für jedes Jahr des Förderzeitraumes zur Verfügung.
2. Die Aufteilung auf die einzelnen Quartale eines Jahres erfolgt quartalsgewichtet:

1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
26,0% 33.800 EUR	25,5% 33.150 EUR	24,2% 31.460 EUR	24,3% 31.590 EUR

3. Die Förderung wird quartalsbezogen aus dem zur Verfügung gestellten Fördervolumen je Quartal
 - a) in Höhe von 3 Cent auf den Punktwert nach Ziffer 2 für die Sehschule bei Patienten mit eingeschränkter Kooperationsfähigkeit (bis vollendetes 5. LJ) auf die Leistungen nach der GOP 06320 gewährt. Voraussetzung hierfür ist, dass arztbezogen die GOP 06320 i.V.m. der GOP 06333 abgerechnet wird und der Arzt die durchgeführte Sehschule mit der Zuschlagsziffer GOP 99318 abrechnet,
 - b) in Höhe von 3 Cent auf den Punktwert nach Ziffer 2 wird für die Sehschule bei Patienten mit eingeschränkter Kooperationsfähigkeit (vom 6. LJ bis vollendetes 17. LJ oder bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie) auf die Leistung nach der GOP 06321 gewährt. Voraussetzung hierfür ist, dass arztbezogen die GOP 06321 i.V.m. der GOP 06333 abgerechnet wird und der Arzt die durchgeführte Sehschule mit der Zuschlagsziffer GOP 99319 abrechnet.
4. Reichen die von den Krankenkassen je Quartal zur Verfügung gestellten Mittel nicht aus (Überschreiten der quartalsbezogenen Obergrenze), erfolgt eine Vergütung der Zuschläge zu abgestaffelten Preisen. Die Berechnung erfolgt hierbei unter Berücksichtigung aller Versicherten.
5. Werden die von den Krankenkassen je Quartal zur Verfügung gestellten Mittel nicht vollständig ausgeschöpft, werden die insoweit verbleibenden Beträge in das nach Feststellung nächste Quartal übertragen und stehen dort zur Finanzierung der Zuschläge zusätzlich zur Verfügung. Sollten die von den Krankenkassen innerhalb der Laufzeit der Förderung insgesamt zur Verfügung gestellten Mittel auf diese Art und Weise am Ende der Laufzeit nicht vollständig ausgeschöpft sein, verständigen sich die Vertragspartner über die Verwendung der Mittel.
6. Zur kassenseitigen Darstellung der Zuschläge und zum Zwecke der Rechnungslegung erfolgt der Nachweis als extrabudgetäre Leistung im

Formblatt 3 mittels des Vorganges 200 anlässlich der jeweiligen Rechnungslegung für das jeweilige Abrechnungsquartal des Förderzeitraumes. Die KV Hamburg ist darüber hinaus verpflichtet, den im Rubrum genannten Vertragspartnern auf Verbandsebene einen quartalsbezogenen Nachweis über die Umsetzung der vorstehenden Regelung im Rahmen der Rechnungslegung zu übermitteln. Hierbei sind auch die Ärzte mit LANR und BSNR zu benennen, die in den jeweiligen Bezirken und Quartal Anspruch auf die Förderung haben.

7. Die vorstehenden Regelungen dienen ausschließlich der Festlegung des Berechnungsmodus für die Zuschläge sowie der Darstellung der Förderung in der Rechnungslegung gegenüber den Kassen. Ein arztindividueller Anspruch ergibt sich daher ausschließlich aus den Regelungen zur Verteilung der vereinbarten Vergütung (Verteilungsmaßstab) und nicht unmittelbar aus den vorstehenden Regelungen.
8. Soweit vorstehend die GOP 06320, 06321, 06333 EBM benannt sind, gelten diese Regelungen stets auch für alle etwaig anfallenden Suffixe sowie unabhängig davon, ob die GOP außerhalb (EGV) oder innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) sind.
9. Mit Vorliegen der Abrechnungsdaten für das 4. Quartal 2024 werden die Vertragspartner prüfen, ob die Entwicklung der Mengendynamik im Bereich der geförderten GOP dazu Veranlassung gibt, die Fördersystematik insbesondere im Hinblick auf die Höhe der ausgewiesenen Zuschläge anzupassen.
10. Die Begründung für diese förderungswürdigen Leistungen und die entsprechende Evaluation kann der Anlage 4 entnommen werden.

5.5. Förderung der hausärztlichen Versorgung

Für die Förderung der Hausärzte werden mit Wirkung ab dem 01.01.2024 bis zum 31.12.2025 nach den nachfolgenden Voraussetzungen Zuschläge für förderungswürdige Leistungserbringer nach Maßgabe des 456. BA vereinbart.

1. Die Krankenkassen stellen für die Förderung ein Fördervolumen in H.v. 1.120.000 EUR als extrabudgetäre Leistung mit Obergrenze für jedes Jahr des Förderzeitraumes zur Verfügung.
2. Die Aufteilung auf die einzelnen Quartale eines Jahres erfolgt quartalsgewichtet.

1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
26,1%	24,3%	23,8%	25,8%
292.320 EUR	272.160 EUR	266.560 EUR	288.960 EUR

Die nach Ziffer 5.3. Nr. 3 ggf. festgestellte Differenz wird in dem nach der Feststellung nächsterreichbaren Quartal hinzuaddiert.

3. Die Förderung wird arzt- und quartalsbezogen aus dem zur Verfügung gestellten Fördervolumen je Quartal

- a) in Höhe von maximal 50% des EBM-Wertes auf die GOP 35110 EBM mittels der Zuschlagsziffer GOP 99320 gewährt.
- b) Voraussetzung für die Gewährung ist, dass der Hausarzt arztbezogen im Quartal die Abrechnung von mindestens 4 der nachfolgenden 5 Kriterien nachweist:

Kriterium	Bezeichnung	GOPn/Kap. EBM
1	„Hausbesuche“	01410 01411 01412 01413 01414 01415 01416 01418 38100 38105 38200 38205
2	„Prävention“	Kapitel 1.7.
3	„Ultraschall“	Kapitel 33
4	„Langzeitblutdruck“	03241 03324
5	„Lungenfunktion“	03330

4. Reichen die von den Krankenkassen je Quartal zur Verfügung gestellten Mittel nicht aus (Überschreiten der quartalsbezogenen Obergrenze), erfolgt eine Vergütung der Zuschläge zu abgestaffelten Preisen. Die Berechnung erfolgt hierbei unter Berücksichtigung aller Versicherten.
5. Werden die von den Krankenkassen je Quartal zur Verfügung gestellten Mittel nicht vollständig ausgeschöpft, werden die insoweit verbleibenden Beträge in das nach Feststellung nächste Quartal übertragen und stehen dort zur Finanzierung der Zuschläge zusätzlich zur Verfügung. Sollten die von den Krankenkassen innerhalb der Laufzeit der Förderung insgesamt zur Verfügung gestellten Mittel auf diese Art und Weise am Ende der Laufzeit nicht vollständig ausgeschöpft sein, verständigen sich die Vertragspartner über die Verwendung der Mittel.
6. Zur kassenseitigen Darstellung der Zuschläge und zum Zwecke der Rechnungslegung erfolgt der Nachweis als extrabudgetäre Leistung im

Formblatt 3 mittels des Vorganges 201 anlässlich der jeweiligen Rechnungslegung für das jeweilige Abrechnungsquartal des Förderzeitraumes. Die KV Hamburg ist darüber hinaus verpflichtet, den im Rubrum genannten Vertragspartnern auf Verbandsebene einen quartalsbezogenen Nachweis über die Umsetzung der vorstehenden Regelung im Rahmen der Rechnungslegung zu übermitteln. Hierbei sind auch die Ärzte mit LANR und BSNR zu benennen, die in den jeweiligen Bezirken und Quartal Anspruch auf die Förderung haben.

7. Die vorstehenden Regelungen dienen ausschließlich der Festlegung des Berechnungsmodus für die Zuschläge sowie der Darstellung der Förderung in der Rechnungslegung gegenüber den Kassen. Ein arztindividueller Anspruch ergibt sich daher ausschließlich aus den Regelungen zur Verteilung der vereinbarten Vergütung (Verteilungsmaßstab) und nicht unmittelbar aus den vorstehenden Regelungen.
8. Soweit vorstehend die GOP 35110 zzgl. der GOPn der Nummer 3b) benannt sind, gelten diese Regelungen stets auch für alle etwaig anfallenden Suffixe sowie unabhängig davon, ob die GOP außerhalb (EGV) oder innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) sind.
9. Mit Vorliegen der Abrechnungsdaten für das 4. Quartal 2024 werden die Vertragspartner prüfen, ob die Entwicklung der Mengendynamik im Bereich der geförderten GOP dazu Veranlassung gibt, die Fördersystematik insbesondere im Hinblick auf die Höhe der ausgewiesenen Zuschläge und/oder Kriterien nach Nr. 3b anzupassen.
10. Die Begründung für diese förderungswürdigen Leistungen und die entsprechende Evaluation kann der Anlage 4 entnommen werden.

6. Wegepauschalen

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weiter folgende Wegepauschalen vergütet:

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

- a) Pauschale für Besuche nach den GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:
3,53 EUR (Abrechnungsnummer: 97234);
Zeitangabe gem. § 17 Abs. 1a Satz 6 BMV: 6 Minuten
- b) Pauschale für Besuche nach den GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:
6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97235);
Zeitangabe gem. § 17 Abs. 1a Satz 6 BMV: 15 Minuten
- c) Pauschale für Besuche nach den GOP 01410, 01721, 05230 und 01414 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:
10,14 EUR (Abrechnungsnummer: 97236);
Zeitangabe gem. § 17 Abs. 1a Satz 6 BMV: 30 Minuten
- d) Pauschale für Besuche nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:
6,95 EUR (Abrechnungsnummer: 97237);
Zeitangabe gem. § 17 Abs. 1a Satz 6 BMV: 6 Minuten
- e) Pauschale für Besuche nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:
10,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97238);
Zeitangabe gem. § 17 Abs. 1a Satz 6 BMV: 15 Minuten
- f) Pauschale für Besuche nach den GOP 01411 oder 01418 oder 01412 oder 01415 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:
14,55 EUR (Abrechnungsnummer: 97239);
Zeitangabe gem. § 17 Abs. 1a Satz 6 BMV: 30 Minuten
- g) Pauschale für einen Besuch nach den GOP 01410 oder 01414 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4:

11,80 EUR (Abrechnungsnummer: 97160);

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

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

16,32 EUR (Abrechnungsnummer: 97161).

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

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

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

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

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

6.6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

7. Belegärztliche Leistungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.

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

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

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

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

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

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

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

8. Rechnungslegung

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

8.2 Der Bewertungsausschuss hat in seiner 660. 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 2024 beschlossen.

Insbesondere wurde festgelegt: „Falls für das Jahr 2024 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.

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

9. Sachlich-rechnerische Berichtigungen

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

Sollten Leistungen außerhalb der MGV betroffen sein, deren zugrundeliegende sachlich-rechnerische Berichtigung bestandskräftig ist und die Teil einer pauschalen Honorar-Rückforderungen sind, werden diese den Krankenkassen im nächsterreichbaren Formblatt 3 über den Vorgang 50 (EGV-Anteil pauschale Honorar-

Kürzungen) erstattet. Zur Bestimmung des EGV-Anteils an den pauschalen Honorar-Rückforderungen wird der durchschnittliche EGV-Anteil der Gesamtvergütung, bezogen auf das Jahr der sachlich-rechnerischen Richtigstellung, herangezogen. Für die Aufteilung des ermittelten EGV-Anteils auf die Kassen werden die quartalsmäßig bestimmten kassenspezifischen MGV-Anteile, bezogen auf das Jahr der sachlich-rechnerischen Richtigstellung, zugrunde gelegt.

10.

10.1 Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V

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

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

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

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

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

10.4 Honorarkürzungen nach § 341 Abs. 6 SGB V

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

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

Honorarkürzungen, die die KV Hamburg gemäß § 19a Abs. 4 Ärzte-ZV in Fällen der nicht eingehaltenen, anzubietenden Mindestsprechstunden nach § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV vornimmt, sind anteilig für den Fall, der die Leistungen außerhalb der MGV betrifft, an die Krankenkasse zurückzuzahlen. Basis für die Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen ist der Anteil je Krankenkasse am Volumen der Leistungen außerhalb der MGV gemäß Formblatt (bereichseigen) des die Kürzung betreffenden Quartals. Die Rückzahlung erfolgt jeweils in dem übernächsten Quartal, das auf das die Kürzung betreffenden Quartal folgt. Der Ausweis erfolgt im Formblatt, Kontenart 400 im Vorgang 139 für die Fälle nach § 19a Abs. 4 Ärzte-ZV.

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 19.10.2023

.....
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 2024 vom 19.10.2023

Anlage 1

zur Honorarvereinbarung 2024

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

wird noch ausgeführt

Anlage 2

**zur Honorarvereinbarung 2024
vom 19.10.2023**

Diese Anlage betrifft die kassenseitige technische Darstellung der vertragsgemäßen Ermittlung der MGV (Rechenweg kassenspezifische MGV) nach der Honorarvereinbarung 2024 und wird gesondert vereinbart.

Anlage 3

zur Honorarvereinbarung 2024 vom 19.10.2023

Rechenweg des regionalen Punktwertzuschlags gem. Nr. 2 der Honorarvereinbarung 2024 (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: $a_{1,2,3} = ((\text{Wert_HH} / \text{Wert_Bund}) * 100) - 100$

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

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

3. Schätzung der prozentualen Abweichung arztpraxisrelevanter Kosten *b*Praxiskosten in Hamburg vgl. zum Bund

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

4. Schätzung des prozentualen Honorarzuschlags *c*Personal/Miete zum Ausgleich höherer Praxiskosten in Hamburg vgl. zum Bund

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

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

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

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

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

6.2 Berechnung des Zuschlags basierend auf $\text{OPW}_{\text{Vorjahr}}$: $e_{\text{Zuschlag_OPW_Vorjahr}} [\text{cent}] = \text{OPW}_{\text{Vorjahr}} [\text{cent}] * C_{\text{Personal/Miete}}^{**}$

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

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

7. Berechnung des prozentualen, regionalen Punktwertzuschlags x

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

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

Anlage 4

zur Honorarvereinbarung 2024 vom 19.10.2023

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. Regelungen in Ziffer 5.2 Förderung der Kinderärzte
- III. Regelung in Ziffer 5.3 - Zuschlag Onkologie
- IV. Regelungen in Ziffer 5.4. - Förderung der Sehschule
- V. Regelungen in Ziffer 5.5. – Förderung der Hausärzte

Zu I. Förderung der Hyposensibilisierungsbehandlung nach Ziffer 5.1.

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

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

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

Zu II. Förderung der Kinderärzte nach Ziffer 5.2.

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) verlagert³. Das gilt insbesondere für sozialökonomisch benachteiligten Stadtbezirke, in denen eine höhere Morbidität vorliegt⁴ und auch mehr chronisch erkrankte Kinder zu versorgen sind. Eine Auswertung der Diagnose- und Abrechnungsdaten⁵ 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 Leistungserbringern⁶ durch Zuschläge

- a) auf die GOP 04355 (sozialpädiatrische Versorgung) sowie

³ 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."

⁴ Ebd. A.a.O.

⁵ Ebd. A.a.O. bzw. gesonderte Auswertung von Frau Pörtje/Hartmann zu den GOP 04533, 35100 und ggf. weitere Gesprächs-GOP.

⁶ Beschluss Nr. 456: https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2019-11-25_ba456.pdf.

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.⁷

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 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.

Zu III. Förderung der Onkologie nach Ziffer 5.3.

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

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

1. Die Beschreibung des Versorgungsproblems (Defizit) berücksichtigt die bei Beginn der Förderung bestehende, tatsächliche Versorgungssituation in der Behandlung von Krebserkrankungen durch die von der Förderung betroffenen Arztgruppen

⁷ Anmerkung: Dort sollte eine Liste der Praxen bzw. der förderungsrelevanten Bezirke aufgenommen werden.

- (Urologen und Gynäkologen).
2. Maßnahme: Ist die Förderung der Durchführung von Behandlungen von Patienten mit Krebserkrankungen durch die Urologen und Gynäkologen durch die extrabudgetäre Zuschlagsregelung gem. Ziffer 5.3 der Honorarvereinbarung.
 3. Die Begründung ist gesondert als Anhang 2 enthalten.
 4. Als Ziel soll dabei festgelegt werden, dass die bestehende Versorgungssituation hinsichtlich der qualifizierten Versorgung durch die sogenannten „Fächeronkologen“ nicht verschlechtert wird. Dies wäre der Fall, wenn sich die Fallzahlen in der Erhebung gem. Ziffer 5. im Untersuchungszeitraum im Vergleich zu den auf die Förderung ab 2024 adjustierte Fallzahlen von 2023 stabilisieren.
 5. Hierzu sollen die durch die betreffenden Arztgruppen abgerechneten Fallzahlen mit Zuschlägen über eine Zeitreihe erhoben und bewertet werden (Indikatoren). Als Erfolg gilt eine Stabilisierung der Fallzahlen (vgl. hierzu Anhang 4). Die KV Hamburg wird diese Zahl erheben und den Vertragspartnern mitteilen sowie im Rahmen einer Nachtragfassung aufnehmen
 6. Der Förderzeitraum, zugleich Datenerhebungszeitraum (Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2026) soll drei Jahre umfassen.
 7. Nach Erstellung der Evaluation wird diese von der KVH spätestens zwei Monate nach Bereitstellung der EFN-Daten des letzten Quartals im Erhebungszeitraum vorgestellt und von den Partnern dieser Vereinbarung gemeinsam bewertet. Bei der Bewertung sind sich die Vertragspartner darüber einig, dass auf Grund der Vielzahl der zwischen dem Basisjahr 2023 und dem Ende der Evaluationszeit stattgehabten strukturellen (TSVG, EBM-Reform, ect.pp.) diese besonders berücksichtigt werden müssen.

Zu IV. Förderung der Sehschule nach Ziffer 5.4.

1. Die Beschreibung des Versorgungsproblems: Die Vertragspartner stellen fest, dass sich insbesondere wegen Wartezeiten aufgrund fehlender Kapazitäten und enger Behandlungszeitfenster ein Versorgungsmangel abzeichnet.
2. Maßnahme: Durch eine Veränderung der Angebotsstruktur soll die aufgezeigte Versorgungssituation verbessert werden. Hierzu wurden in Ziffer 5.4 dieser Honorarvereinbarung Förderungswürdige Zuschläge vereinbart.
3. Die Begründung: Hierdurch kann dem aus der beschriebenen Versorgungssituation folgenden Problem einer reduzierten und/oder verspäteten Versorgung und daraus weiteren resultierenden Folgeproblemen begegnet und die Angebotsstruktur stabilisiert werden.
4. Als Ziel soll dabei festgelegt werden, durch die Förderungen einen weiteren Rückgang der Versorgungssituation zu vermeiden.

5. Als Erfolg gilt, wenn und soweit durch die Förderung keine Verschlechterung des Istzustandes im Vergleich zum Basisjahr 2023 in der Versorgung eintritt. Maßgeblich ist hierbei die Anzahl der „Sehschule-anbietenden“ Augenarztpraxen (siehe Anhang 5). Die KV Hamburg wird diese Zahl unter Mitwirkung der Augenärzte erheben und den Vertragspartnern mitteilen sowie im Rahmen einer Nachtragfassung aufnehmen.
6. Der Förderzeitraum, zugleich Datenerhebungszeitraum (Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025) soll zwei Jahre umfassen.
7. Nach Erstellung der Evaluation wird diese von der KVH spätestens zwei Monate nach Bereitstellung der EFN-Daten des letzten Quartals im Erhebungszeitraum vorgestellt und von den Partnern dieser Vereinbarung gemeinsam bewertet. Bei der Bewertung sind sich die Vertragspartner darüber einig, dass auf Grund der Vielzahl der zwischen dem Basisjahr 2023 und dem Ende der Evaluationszeit stattgehabten strukturellen (TSVG, EBM-Reform, ect.pp.) diese besonders berücksichtigt werden müssen.

Zu V. Förderung der Hausärzte nach Ziffer 5.5.

1. Beschreibung des Versorgungsproblems: Die Angebotsstruktur der „sprechenden Medizin“ soll in Hamburg verbessert werden. Die Lösung von zahlreichen Problemen bei der Behandlung von Patienten durch Hausärzte sind in derprechenden Medizin zu finden. Gleichzeitig sehen die Vertragspartner in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit einer Anreizsetzung. Dies folgt insbesondere aus der verbesserungswürdigen Angebotsstruktur bei der GOP 35110 bzw. den dahinterstehenden Versorgungsproblemen der Patienten.
2. Maßnahmen zur Behebung des Versorgungsproblems: Zu diesem Zwecke vereinbaren die Vertragspartner für Hausärzte, die die näher definierten Kriterien erfüllen, Zuschläge auf die GOP 35110.
3. Begründung: Die GOP 35110 als förderungswürdige Leistung ist aus Sicht der Vertragspartner geeignete, da diese die sprechende Medizin eines Hausarztes abzubilden vermag. Darüber hinaus werden die weiteren in die Regelung aufgenommenen Kriterien für sinnvoll erachtet, um die Förderung zielgerichtet auszugestalten. Durch ein auf diese Art und Weise gestärktes Arzt-Patienten-Verhältnis kann eine Compliance-Steigerung erreicht werden. Ferner soll hierdurch die Gatekeeper-Funktion des Hausarztes gestärkt werden, welche weniger stationäre Einweisungen und Überweisungen zu anderen Arztgruppen bedingt.

Durch die Förderung der Bewertung kann ein Anreiz gesetzt werden, der eine weitere Verschlechterung der Angebotsstrukturen zu verhindern vermag. Zudem soll die Förderung die Angebotsstruktur derprechenden Medizin erhalten und verbessern.

4. Ziel und Evaluation: Das Ziel der Förderung soll erreicht sein, wenn es zu keiner Verschlechterung der Abrechnungsfrequenz der zu fördernden GOP 35110 im Beobachtungszeitraum 2024 – 2025 im Vergleich zum Basiszeitraum 2023 kommt.
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 6). Die KV Hamburg wird diese Zahl erheben und den Vertragspartnern mitteilen sowie im Rahmen einer Nachtragfassung aufnehmen.
6. Der Förderzeitraum, zugleich Datenerhebungszeitraum (Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025) soll zwei Jahre umfassen.
7. Nach Erstellung der Evaluation wird diese von der KVH spätestens zwei Monate nach Bereitstellung der EFN-Daten des letzten Quartals im Erhebungszeitraum vorgestellt und von den Partnern dieser Vereinbarung gemeinsam bewertet. Bei der Bewertung sind sich die Vertragspartner darüber einig, dass auf Grund der Vielzahl der zwischen dem Basisjahr 2023 und dem Ende der Evaluationszeit stattgehabten strukturellen (TSVG, EBM-Reform, ect.pp.) diese besonders berücksichtigt werden müssen.

Anhang 1

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

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

Anhang 2

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

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

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

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

Gemäß den Grundsätzen in § 1 der Onkologie-Vereinbarung nach dem Bundesmantelvertrag ist es insbesondere Ziel der Vereinbarung, die Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebserkrankter Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung sicherzustellen. Durch die Onkologie-Vereinbarung soll insbesondere in der vertragsärztlichen onkologischen Versorgung eine Alternative zur stationären Behandlung sichergestellt werden. Hierzu strebt die Onkologie-Vereinbarung im Rahmen einer möglichst umfassenden Behandlung krebserkrankter Patienten eine wohnortnahe ambulante vertragsärztliche Behandlung durch dazu besonders qualifizierte Ärzte an, denen die Durchführung und Koordination der onkologischen Behandlung gesamtverantwortlich zukommt. Dies umfasst auch eine enge und dauerhafte Kooperation mit anderen an der Behandlung direkt oder indirekt beteiligten Vertragsärzten, einen ständigen Erfahrungsaustausch mit Tumorzentren sowie einer kontinuierlichen onkologischen Fortbildung. Damit soll gesichert werden, dass krebserkrankte Patienten nach wissenschaftlich anerkannten, dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnis entsprechenden Diagnose- und Therapieplänen sowie den geltenden Leitlinien ambulant versorgt werden können. (Quelle: Zitate aus § 1 der Onkologie-Vereinbarung BMV Anlage 7)

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

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

Auf diese Art und Weise sollte in Gestalt der Förderungsregelung in Ziffer 4.38 (bis einschließlich 2023) der Honorarvereinbarung erreicht werden, dass die Fächeronkologie in der existierenden Versorgungsrealität der onkologischen Versorgung in Hamburg erhalten bleibt.

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

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

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

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

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

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

Anhang 3

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 2023

Die Vertragspartner werden die Zahlen im Rahmen einer Nachtragsregelung in die Tabelle aufnehmen, sobald diese aus der Abrechnung verfügbar sind und auf die Fördersystematik ab 2024 adjustiert wurden.

	1. Quartal 2023	2. Quartal 2023	3. Quartal 2023	4. Quartal 2023	Summe
GOP 99315					
GOP 99345					

Anhang 5

Abrechnungshäufigkeit bezogen auf das Basisjahr 2023

Die Vertragspartner werden die Zahlen im Rahmen einer Nachtragsregelung in die Tabelle aufnehmen, sobald diese aus der Abrechnung verfügbar sind

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

Anhang 6

Abrechnungshäufigkeit bezogen auf das Basisjahr 2023

Die Vertragspartner werden die Zahlen im Rahmen einer Nachtragsregelung in die Tabelle aufnehmen, sobald diese aus der Abrechnung verfügbar sind und auf die Fördersystematik ab 2024 adjustiert wurden.

	1. Quartal 2023	2. Quartal 2023	3. Quartal 2023	4. Quartal 2023	Summe
GOP 35110					

Protokollnotiz
zur
Honorarvereinbarung 2024

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

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

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

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

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

Darüber hinaus treffen die Vertragspartner für alle in dieser Honorarvereinbarung umgesetzten Beschlüsse des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses, deren Umsetzung auch Zeiträume mitumfasst, die über das Jahr 2024 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 2024 getroffen, andernfalls wird diese Protokollnotiz auch in 2025 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 Indikationen jeweils zu Beginn des **zwölften** auf das Inkrafttreten der entsprechenden Erweiterung der Richtlinie des G-BA zum Zweitmeinungsverfahren folgenden Quartals gemäß der hierzu getroffenen Regelungen des 430. BA ggf. einschließlich etwaiger Folgebeschlüsse erfolgen wird. Vor diesem Hintergrund wird diese Protokollnotiz in der Honorarvereinbarung umgesetzt und jeweils fortgeschrieben.

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

Nr.	Zweitmeinungsverfahren	Einführung EGV	Überführung in die MGV
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 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.

d) Die Vertragspartner werden den 549. BA (Sitzung am 17.02.2021) ergänzt durch den 636. BA (schriftliche Beschlussfassung) umsetzen, das bedeutet, dass die Frist gemäß Absatz 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 470. und 674. 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 erneut verlängert und auf den 31. Dezember 2024 festgesetzt wird. Bis spätestens zu diesem Zeitpunkt berät der Bewertungsausschuss über das weitere Vorgehen hinsichtlich der Finanzierung. Bis spätestens zum 30. September 2024 berät der Bewertungsausschuss über das weitere Vorgehen hinsichtlich der Finanzierung. Die Vertragspartner werden nach Vorliegen der Beratungsergebnisse diese Protokollnotiz streichen oder darauf fußende Folgebeschlüsse soweit notwendig 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, die direkt oder indirekt durch eine angelehnte Formulierung auf den 323. BA Nr. 5 verweisen, steht der Termin der Rücküberführung unter dem Vorbehalt einer Entscheidung der Träger des Bewertungsausschusses. In diesen Fällen erfolgt die Rücküberführung vorbehaltlich abweichender nachgehender Beschlüsse oder weiterer Informationen über den weiteren Umgang der EGV-Stellung von den Trägern des Bewertungsausschusses frühestens mit einem Nachtrag nach Ablauf Quartals vor Beginn der Rücküberführung. Auf diese Art und Weise wird sichergestellt, dass Änderungen auf der bzw. durch die Bundesebene

möglichst noch berücksichtigt werden können sowie Korrekturen vermieden werden (relativ fixe Rücküberführung)

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

e) Die Vertragspartner werden den 596. BA Teil C (Sitzung am 15. Juni 2022) zur „Weiterentwicklung der direkten Erregernachweise in der Mikrobiologie im Abschnitt 32.3 EBM“ umsetzen. 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 wurde diese Protokollnotiz vorbehaltlich abweichender Beschlüsse in 2023 umgesetzt und in Bezug auf die Korrektur in 2026 fortgeführt.

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

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

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

6. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, zur Verbesserung der Versorgung auf Ebene der Stadtteile in eine gemeinsame Analyse der Versorgungssituation einzutreten. Somit ist zunächst zu prüfen, wie 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 haben die Vertragspartner zeitnah nach der Vereinbarung dieser Protokollnotiz für das Jahr 2023 gesonderte Gespräche und Verhandlungen zur Identifikation von Handlungsfeldern und ggf. entsprechender Maßnahmen aufgenommen und zur fortlaufenden Sicherstellung eine Arbeitsgruppe etabliert, die nach dem gemeinsamen Wunsch auch im Jahre 2024 bestehen soll.

7. 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.

8. Die Vertragspartner treffen zum regionalen Punktwert in Ziffer 2 in Verbindung mit der Berechnung gem. Anlage 3 die folgende Feststellung. Die bestehende Regelungssystematik und der Inhalt von Ziffer 2 führt aufgrund des rechnerischen Ergebnisses zur Ermittlung des Zuschlags für 2024 zur Feststellung eines Zuschlags von 0 Prozent bzw. 0,00 Cent für das Jahr 2024.

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

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

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

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

Anhang 1 Protokollnotiz Honorarvereinbarung 2024**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	01.01.2025 Eindeckelung	453. BA Teil B i.V.m 570. BA Teil B i.V.m. 617. BA i.V.m. 685. BA	2
11	Ziffer 4.104 - vertragsärztliche und sektorenübergreifende Telekonsile gem. der Telekonsilien-Vereinbarung - GOP 01670 bis 01672	Eindeckelung	60. EBA	3
13	Ziffer 4.110 - Zusatzpauschale Verlaufskontrolle und Auswertung DiGA somnio - GOP 01471	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	70. EBA Teil E	2

Honorarvereinbarung 2024

14	Ziffer 4.111 - Elektronische Patientenakte - GOP 01431 und 01647	Eindeckelung erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	69. EBA Teil B	2
16	Ziffer 4.115 - Kryokonservierung - EBM-Abschnitts 8.6 und der Kostenpauschalen des EBM-Abschnitts 40.12	Eindeckelung	562. BA Teil B	3
17	Ziffer 4.116 - Interstitielle LDR-Brachytherapie - GOP 25335 und 25336	Eindeckelung	566. BA Teil B	3
18	Ziffer 4.117 - Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe bzw. Kardiorespiratorische Polomnographie - GOP 30900, 30901, 30902 und 30905	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) - Gruppenpsychotherapeutische 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

Honorarvereinbarung 2024

26	Ziffer 4.120 - Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken - GOP 01540 bis 01542 sowie 01543 bis 01545	01.04.2025 - Eindeckelung der GOP 01540 bis 01542 Eindeckelung der GOP 01543 bis 01545 erst, wenn Entscheidung der Träger des BA vorliegt	572. BA Teil B Nr. 2 i. V. m. 639. BA Teil B 572. BA Teil B Nr. 3	2 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	<p>Ziffer 4.129 -</p> <p>a) Leistungen nach dem Abschnitt 37.5 EBM (KSVPsych-RL) sowie</p> <p>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).</p>	01.10.2024 – Eindeckelung	6. erg. BA und 610. BA	2
34	<p>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</p> <p>Außerklinischer Intensivpflege -GOP 37700, 37701, 37704 bis 37706 und 37714</p>	<p>01.12.2024- Eindeckelung</p> <p>01.12.2024- Eindeckelung</p>	617. BA Teil C	<p>2</p> <p>Die Vertragspartner tauschen sich rechtzeitig vor dem 01.12.2024 erneut darüber aus, inwieweit die Eindeckelung innerhalb eines Quartals umsetzbar ist</p>
35	<p>GOP 37710, 37711, und 37720 („Leistungen im Zusammenhang mit der außerklinischen Intensivpflegegemäß AKI-RL“).</p>	01.01.2025- Eindeckelung	617. BA Teil D	2

Honorarvereinbarung 2024

36	Ziffer 4.83 - HIV-Präexpositionsprophylaxe - Abschnitt 1.7.8 EBM	01.01.2026 - Eindeckelung	620. BA i.V.m. 680. BA Verlängerung bis 31.12.2025	2
37	Ziffer 4.84 - Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA - GOP 32850	01.01.2026 - Eindeckelung	620. BA i.V.m. 680. BA Verlängerung bis 31.12.2025	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
40	Ziffer 4.134 – Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvovec - GOP 30320 bis 30323	01.04.2025 – Eindeckelung	640. BA Teil B	2
41	Ziffer 4.135 - Leistungen nach der GOP 01447 (Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Invirto)	01.04.2025 – Eindeckelung	641. BA Teil B	2
42	Ziffer 4.112 - Infusionstherapie mit Sebelipase alfa oder Velmanase alfa oder ab 01.04.2023 mit Olipudase alfa- GOP 02102	01.04.2025 - Eindeckelung der GOP 02102	562. BA Teil B i. V. m. 639. BA Teil B	2
43	Ziffer 4.137 - Antikörpernachweis oderbestimmung gegen Adeno-assoziierte Viren - GOP 32674 sowie	01.07.2025 - Eindeckelung	647. BA Teil B	2

Honorarvereinbarung 2024

	Quantitative Bestimmung der CMV-DANN - GOP 32820			
44	Ziffer 4.138 – Krankenhaus-Begleitungs- Richtlinie - GOP 01615	01.07.2025 - Eindeckelung	643. BA Teil B	2
45	Ziffer 4.140 - GOP 34720 und 34721 sowie die Kostenpauschale 40585 (Fachinformation Pluvicto)	01.10.2025 - Eindeckelung	676. BA Teil B	2
46	Ziffer 4.141 - GOP 01475 und 01476 (DiGA Oviva direkt für Adipositas und Mawendo)	01.10.2025 - Eindeckelung	677. BA Teil B	2
47	Ziffer 1.142 – GOP 01546	01.10.2025 - Eindeckelung	679. BA Teil B	2
48	Ziffer 4.143 – GOP 01549	01.10.2025 - Eindeckelung	683. BA Teil B	2