

Honorarvertrag

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
- nachfolgend KV Berlin genannt -**

und

**der AOK Nordost - Die Gesundheitskasse,
handelnd als Landesverband Berlin gemäß § 207 Abs. 4 SGB V,**

den Ersatzkassen,

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

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis
gemäß § 212 Abs. 5 Satz 7 SGB V
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg,**

**dem BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19
30171 Hannover,**

**der BIG direkt gesund
handelnd als IKK-Landesverband Berlin,**

der KNAPPSCHAFT

sowie

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als land-
wirtschaftliche Krankenkasse**

- nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt -

**über die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen
für das Vertragsgebiet Berlin
für den Zeitraum vom 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024
gemäß § 83 i.V.m. § 87 a SGB V**

§ 1 Geltungsbereich

- (1) ¹Dieser Honorarvertrag gilt für alle im KV-Bereich Berlin an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen, psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachwissenschaftler (nachfolgend Ärzte und Psychotherapeuten genannt) sowie für die Nichtvertragsärzte/innen hinsichtlich der Behandlung von Notfällen.
- (2) ¹Der Honorarvertrag regelt die Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung für die anspruchsberechtigten Versicherten mit Wohnort Berlin der seitens der Verbände der Krankenkassen vertretenen Krankenkassen (nachfolgend Krankenkassen genannt).
- (3) ¹Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen erfolgt nach dem Leistungsverzeichnis und den Ausführungsbestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bzw. der geltenden regionalen EURO-Gebührenordnung und in Anwendung der Vergütungsregelungen dieser Vereinbarung sowie weiterer gültiger Vereinbarungen.

§ 2 Grundsätze zur Gesamtvergütung

- (1) ¹Für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten nach § 1 Abs. 2 entrichten die Krankenkassen an die KV Berlin gemäß § 87a Abs. 3 SGB V eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) und Vergütungen für weitere vereinbarte Leistungen außerhalb der MGV. ²Überschreitungen der MGV nach § 87a Abs. 3 Satz 4 und Abs. 5 Satz 1 Ziffer 1 SGB V i.V.m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 660. Sitzung (nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs) bleiben unberührt.
- (2) ¹Der für die Berechnung der MGV nach § 87a Abs. 3 SGB V und für die regionale EURO-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 SGB V maßgebliche Punktwert für den Bereich der KV Berlin wird auf der Grundlage des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 81. Sitzung vom 13. September 2023 zur Festlegung gemäß § 87 Abs. 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2024 in Höhe von 11,9339 Cent festgelegt.
- (3) ¹Dem nach §§ 39, 40 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ärzte) anerkannten Belegarzt sowie den von diesen hinzugezogenen Vertragsärzten werden die erbrachten Leistungen mit den im EBM getroffenen Bewertungen vergütet, soweit Vereinbarungen mit den Verbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie Vereinbarungen der Bundesebene keine abweichenden Regelungen vorsehen.
- (4) ¹Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 und nach § 53 Abs. 4 SGB V werden mit der von der Krankenkasse zu zahlenden Gesamtvergütung je Versicherten verrechnet, sofern diese Leistungen in der MGV nach § 3 enthalten sind. ²Bei Bedarf erfolgt zwischen der KV Berlin und der Krankenkasse eine Einigung über die Nachweiserbringung. ³Kassenspezifische Regelungen zum Verfahren für die Meldung der Kostenerstattungsfälle können bilateral mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin getroffen werden.
- (5) ¹Fremdarztfälle werden nach den Preisen des Leistungsortes des Vertragsarztes/-therapeuten vergütet. ²Die Verrechnung unter den KVen erfolgt im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs. ³Soweit am Leistungsort des Vertragsarztes/-therapeuten gegenüber dem KV-Bereich Berlin abweichende Preise vereinbart sind, wird die Differenz durch die jeweilige Krankenkasse gegenüber der KV Berlin bei der Quartalsabrechnung für das betreffende Quartal berücksichtigt. ⁴Der vereinbarte Behandlungsbedarf umfasst bereichseigene sowie bereichsfremde Leistungen, die der Versicherte mit Wohnort in Berlin außerhalb Berlins in Anspruch nimmt und die in der MGV enthalten sind. ⁵Sollte der Bewertungsausschuss Regelungen zu dem vorgenannten Sachverhalt treffen, verständigen sich die Vertragspartner über gegebenenfalls erforderliche Anpassungen dieses Absatzes 5.

§ 3 Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

(1) ¹Der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf in EURO wird quartalsweise je Krankenkasse nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung i.d.F. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. und 654. Sitzung anhand von kassenspezifischen Aufsatzwerten nach § 87a Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V gebildet. ²Dabei wird der vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals gemäß Nr. 2.2.1.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung i.d.F. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. und 654. Sitzung um die Differenzbereinigungsmenge aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung bereinigt.

³Aus dem vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals werden die Beträge der folgenden Leistungen basiswirksam ausgedeckt:

- im Quartal 2024-1 um die Leistungsmenge der kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen (14.476.652 Punkte) gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 682. Sitzung,
- ab dem Quartal 2024-1 um Leistungen aus offenen Sprechstunden gemäß Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 640. und 651. Sitzung; die Vorgaben der vorgenannten Beschlüsse sind zu berücksichtigen und
- in den Quartalen 2024-1 bis 2024-4 um die Leistungen der GOP 01521, 34291 und 34292 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 693. Sitzung.

⁴Der vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals wird basiswirksam erhöht:

- in den Quartalen 2024-1 bis 2024-4 um die Leistungen der GOP 01645 sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung; die von dieser Eindeckelung betroffenen Indikationen richten sich nach dem vorhergenannten Beschluss bzw. die Eindeckelung zu weiteren Indikationen erfolgt zu Beginn des zwölften auf das Inkrafttreten der entsprechenden Erweiterung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren folgenden Quartals,
- in den Quartalen 2024-1 bis 2024-4 um 0,0906% je Quartal für die Behebung des Kassenwechslereffekts für das Jahr 2024 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 670. Sitzung und
- in den Quartalen 2024-1 bis 2024-3 um die Leistungen der GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (Nr. 3) und
- in den Quartalen 2024-1 bis 2024-4 um die Leistungen der GOP des Abschnittes 19.4.2 EBM gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (Nr. 4).

⁵Die daraus resultierenden angepassten kassenspezifischen Aufsatzwerte werden gemäß Nr. 2.2.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung i.d.F. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 654. Sitzung (Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte) i.V.m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 663. Sitzung (Empfehlung zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur) basiswirksam um die Veränderungsrate von -0,1751 % nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 i.V.m. Satz 3 SGB V unter Anwendung einer 50/50 Gewichtung auf die diagnosebezogene Veränderungsrate von -0,2595 % und die demografische Veränderungsrate von -0,0906 % für den KV Bereich Berlin angepasst.

⁶Die kassenspezifischen Aufsatzwerte und der Behandlungsbedarf je Krankenkasse (Anlage 1) werden einvernehmlich zwischen der KV Berlin und dem jeweils zuständigen Vertragspartner dieser Vereinbarung nach Vorlage aller berechnungsrelevanten Daten zeitnah festgestellt. ⁷Die erforderliche Ermittlung der kassenspezifischen Aufsatzwerte erfolgt auf Basis der über alle Krankenkassen im KV-Bezirk Berlin gemäß § 87a Abs. 3 und 4 SGB V für das Jahr 2023 erfolgten kassenseitigen Rechnungslegung in der Satzart KASSRG87aMGV.

⁸Gemäß Nr. 2.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung i.d.F. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. und 654. Sitzung werden für das Vorjahresquartal bekannte bestandskräftige Prüfergebnisse nach § 106d SGB V bzw. § 106a

SGB V a. F. (Altfälle) bei dieser Anpassung berücksichtigt. ⁹Sind Falschabrechnungen von Leistungen innerhalb der MGV für vergangene Abrechnungszeiträume aufgrund Rechnungsprüfung nach § 106d SGB V einvernehmlich oder durch rechtskräftiges Urteil festgestellt worden, so wird die betreffende kassenspezifische Leistungsmenge eines Abrechnungsquartals um das aus dem gesamten, vorangegangenen Prüfzeitraum festgestellte gesamte Punktzahlvolumen gekürzt. ¹⁰Diese Reduzierung der Leistungsmenge erfolgt im nächsten, auf die Einigung bzw. die Rechtskraft des Urteils folgenden Abrechnungsquartal. ¹¹Eine rückwirkende Änderung der Datengrundlagen (ARZTRG- und KASSRG-Daten) zur Bestimmung der Aufsatzwerte findet nicht statt. ¹²Die über alle Krankenkassen insgesamt zu zahlende MGV verändert sich nicht. ¹³Diese Regelung berücksichtigt alle Prüfanträge der Krankenkassen für abgerechnete Leistungen ab dem 1. Quartal 2016. ¹⁶Betrifft das Leistungen außerhalb der MGV, erfolgt eine Rückzahlung an die jeweilige Krankenkasse. ¹⁷Die danach bei der Ermittlung der kassenspezifischen Aufsatzwerte für das Vorjahresquartal bei den jeweiligen Krankenkassen (Abzug von ARZTRG87aKA_IK) und insgesamt (Abzug von ARZTRG87aKA_SUM) zu berücksichtigenden Korrekturen werden kassenartenübergreifend allen zuständigen Vertragspartnern dieser Vereinbarung im Rahmen der einvernehmlichen Feststellung des Behandlungsbedarfes von der KV Berlin übermittelt.

- (2) ¹Die Ermittlung der vorläufigen MGV für ein Quartal erfolgt je Krankenkasse abweichend von Absatz 1 mit der jeweils aktuellen Versichertenzahl. Dabei ist eine Bereinigung nach § 4 zu berücksichtigen. ²Die aktuelle Versichertenzahl ist die am 15. des Erstmonats des Vorquartals jeweils aktuell verfügbare Versichertenzahl nach Satzart ANZVER87a gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung i.d.F. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. und 654. Sitzung unter Nr. 2.2.3.
- (3) ¹Bei Fusionen von Krankenkassen mit Versicherten in Berlin wird für die neue (fusionierte) Krankenkasse ein neuer gewichteter kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfes für den betroffenen Zeitraum nach dem Berechnungsschema gemäß Absatz 1 auf Basis der addierten kassenspezifischen Anteile am vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf im jeweiligen Vorjahresquartal und der addierten Versichertenzahlen der fusionierten Krankenkassen im jeweiligen Vorjahresquartal ermittelt.
- (4) Nicht besetzt
- (5) Nicht besetzt
- (6) ¹Hausbesuchsleistungen durch den ÄBD zu Sprechstundenzeiten werden mit der GOP 01412T gekennzeichnet und aus der MGV vergütet.
- (7) ¹Anästhesieleistungen nach den GOP 05210, 05211 und 05212 im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen bei Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie (EBM-Abschnitt 5.1 Nr. 8, 2. Spiegelstrich) sowie für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (EBM-Abschnitt 5.1 Nr. 8, 1. Spiegelstrich) werden gemäß § 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V aus der MGV zu den Preisen der regionalen EURO-Gebührenordnung vergütet.
- (8) ¹Zur Festsetzung der auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 87b Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V entfallenden MGV mit Wirkung zum 1. April 2023 werden für ein entsprechendes Verfahren die Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß § 87a Abs. 3b Satz 7 SGB V (Beschluss in seiner 653. Sitzung und entsprechende Folgebeschlüsse) berücksichtigt und die gemäß Beschluss in seiner 653. Sitzung unter Punkt 7 aufgeführten Daten zur Transparenz von der KV Berlin zeitnah den Krankenkassen zur Verfügung gestellt.

§ 3a **Förderungswürdige Leistungen und Leistungserbringer**

(1) ¹Gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V i.V.m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 456. Sitzung werden die nachfolgend aufgeführten besonders förderungswürdigen Leistungen gemäß Anlage 2 für das Jahr 2024 gefördert:¹

- Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 15,00 Euro für den Besuch eines Kranken nach GOP 01410 durch Haus-/Kinderärzte, wenn 50 Hausbesuche im Quartal pro Arzt überschritten werden,
- Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 3 Cent auf den Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V für die subkutane Hyposensibilisierungstherapie nach GOP 30130,
- Extrabudgetäre Vergütung i.H.v. 102 Punkten für die sublinguale Hyposensibilisierungstherapie entsprechend GOP 30130 (GOP 30130T),
- Einmaliger extrabudgetärer Zuschlag (SNR 91130) i.H.v. 30,00 Euro für die kontinuierliche 3-Jahres-Hyposensibilisierungstherapie auf die GOPs 30130 bzw. 30130T nach Ablauf des Behandlungszeitraumes,
- Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 1 Cent auf den Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V für die schmerztherapeutische Versorgung chronischer Patienten nach GOP 30702,
- Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 3 Cent auf den Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V für schmerztherapeutische Einrichtungen nach GOP 30704,
- Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 3 Cent auf den Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V für die Sehschule bei Patienten mit eingeschränkter Kooperationsfähigkeit (bis vollendetes 5. LJ) mit den Leistungen der GOP 06320 i.V.m. der GOP 06333 (SNR 96320),
- Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 3 Cent auf den Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V für die Sehschule bei Patienten mit eingeschränkter Kooperationsfähigkeit (vom 6. LJ bis vollendetes 17. LJ oder bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie) mit den Leistungen der GOP 06321 i.V.m. der GOP 06333 (SNR 96321) und
- Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 3 Cent auf den Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V für die Ösophago-Gastroduodenoskopie nach GOP 13400.¹

(2) ¹Gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V i.V.m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 456. Sitzung werden die nachfolgend aufgeführten besonders förderungswürdigen Leistungen gemäß Anlage 2 für die Jahre 2024 und 2025 gefördert:

- Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 35,60 Euro (SNR 96430) für die Erstuntersuchung und Beratung betroffener Patienten mit Botulinumtoxin nach GOP 04430 oder 16220 (inkl. Suffixen, ausgenommen Videosprechstunde) 1x im Versichertenleben; Zuschlag setzt das Vorliegen mindestens einer der folgenden Diagnosen gemäß ICD-10-GM voraus: G24.1G, G24.2G, G24.3G, G24.4.G, G24.5G, G24.8G, G24.9G oder R49.0G,
- Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 26,70 Euro (SNR 96431) für die Injektionsbehandlung betroffener Patienten mit Botulinumtoxin nach GOP 04430 oder 16220 (inkl. Suffixen, ausgenommen Videosprechstunde) je vollendete 10 Minuten, maximal 3x im Behandlungsfall; Zuschlag setzt das Vorliegen mindestens einer der folgenden Diagnosen gemäß ICD-10-GM voraus: G24.1G, G24.2G, G24.3G, G24.4.G, G24.5G, G24.8G, G24.9G oder R49.0G,
- Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 145,00 Euro (SNR 96432) als Zuschlag zur Untersuchung mit Botulinumtoxin nach GOP 04430, 09330, 16220 oder 20330 (inkl. Suffixen, ausgenommen Videosprechstunde) 1x im Behandlungsfall; Zuschlag setzt das Vorliegen mindestens einer der folgenden Diagnosen gemäß ICD-10-GM voraus: G24.1G, G24.2G, G24.3G, G24.4.G, G24.5G, G24.8G, G24.9G oder R49.0G,

¹ gemäß Beschluss des Landesschiedsamtes vom 17.05.2023

- Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 27,00 Euro (SNR 96433) für die Injektionsbehandlung betroffener Patienten mit Botulinumtoxin nach GOP 10210 bis 10212 oder 16220 (inkl. Suffixen, ausgenommen Videosprechstunde) 1x im Behandlungsfall; Zuschlag setzt das Vorliegen der folgenden Diagnose gemäß ICD-10-GM voraus: R61.9G,
 - Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 35,60 Euro (SNR 96434) für die Injektionsbehandlung betroffener Patienten mit Botulinumtoxin nach GOP 04430 oder 16220 (inkl. Suffixen, ausgenommen Videosprechstunde) 1x im Behandlungsfall; Zuschlag setzt das Vorliegen mindestens einer der folgenden Diagnosen gemäß ICD-10-GM voraus: G51.3G, G80.0G, G80.1G oder G43.3G; G81.1G mit einer der Diagnosen I69.0G, I69.1G, I69.2G, I69.3G oder I69.4G; G81.9G mit einer der Diagnosen I69.0G, I69.1G, I69.2G, I69.3G oder I69.4G; G81.1G mit der Diagnose Z87.8G,
 - Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 4,50 Euro für die Behandlung chronischer Wunden nach GOP 02310,
 - Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 1,1 Cent auf den Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V für die Kardiorespiratorische Polygraphie nach GOP 30900 und für die Kardiorespiratorische Polysomnographie nach GOP 30901 (Schlaflabor),
 - Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 30,00 Euro (SNR 96302) für die Betreuung und Behandlung von Patienten mit Morbus Huntington mit der Diagnose nach ICD-10-GM G10 i.V.m. dem Besuch nach GOP 01410 oder 01413 in Einrichtungen (z.B. Haus Zoar, Cantianstraße 8, 10437 Berlin), die nicht an der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen teilnehmen (Zuschlag nicht neben Kapitel 37.2 EBM und nicht bei einer häuslichen Betreuung und Behandlung abrechenbar) nach den nachfolgenden Versicherten- bzw. Grundpauschalen (inkl. Suffixen, ausgenommen Videosprechstunde): GOP 03001 bis 03005, 04001 bis 04005, 09210 bis 09212, 13210 bis 13212, 16210 bis 16212, 18210 bis 18212 oder 26210 bis 26212,
 - Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 9,00 Euro für die rheumatologische Funktionsdiagnostik nach GOP 04551 oder 13701,
 - Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 40,00 Euro für die Behebung von Entwicklungsstörungen bei Kindern insbesondere beim Spracherwerb nach der Grundpauschale GOP 09210 (inkl. Suffixen); Zuschlag setzt das Vorliegen der Diagnose gemäß ICD-10-GM F80.9G voraus,
 - Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 18,00 Euro für die Katheter-Versorgung in Pflegeheimen und zu Hause nach GOP 02322 oder 02323 i.V.m. dem Besuch nach GOP 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 oder 01418 (inkl. Suffixen) und
 - Zuschlag i.H.v. 40,00 Euro (SNR 95300) nach den hausärztlichen Versichertenpauschalen GOP 03001, 03002, 03003, 03004 oder 03005 (inkl. Suffixen) für die Versorgung durch eine Kiezschwester in einem gemäß § 87b Abs. 4 SGB V von der KV Berlin anerkannten Praxisnetz; Abgabe des Zuschlags an das zugehörige Praxisnetz; Finanzierung zu gleichen Teilen außerhalb der MGV (Beteiligung Krankenkassen) und aus dem hausärztlichen Honorarvolumen der MGV für qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten gemäß § 5 Abs. 8 HVM (Beteiligung KV Berlin).
- (3) Gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V i.V.m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 456. Sitzung werden die nachfolgenden besonders förderungswürdigen Leistungserbringer gemäß Anlage 3 für das Jahr 2024 gefördert:
- ²Zur Verbesserung bzw. zur Vermeidung einer Verschlechterung der Versorgung von Patienten in Bezirken mit unterdurchschnittlichem Versorgungsgrad mit einem extrabudgetären Zuschlag auf die MGV-Leistungen i.H.v. 3 Cent auf den Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V für Hausärzte, Augenärzte und Frauenärzte, die sich in Bezirken der Planungsbereiche 2 und 3 (Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick) mit unterdurchschnittlichem Versorgungsgrad niederlassen oder Stellen nachbesetzen bzw. für Kinderärzte, die sich in den Bezirken Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick sowie Spandau und Reinickendorf mit unterdurchschnittlichem Versorgungsgrad niederlassen oder Stellen nachbesetzen; der Arztgruppe Hausärzte mit einem Versorgungsgrad <100% (gemäß Letter of Intent zur Versorgungssteuerung – kurz LOI) sowie Augenärzte, Frauenärzte und Kinderärzte in den o. g. Bezirken mit einem Versorgungsgrad

<95% (gemäß LOI). ³Der Zeitraum der gezielten Förderung ist pro Arzt auf maximal zwölf Quartale begrenzt. ⁴Eine Förderung im Hausarztbereich erfolgt nur dann, wenn überwiegend für einen Hausarzt typische Leistungen wie Impfungen, Hausbesuche und Vorsorgeuntersuchungen erbracht werden. ⁵Neue Förderungen werden nicht mehr begonnen, wenn der jeweilige Versorgungsgrad erreicht ist.

(4) ¹Für die Förderung gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V i.V.m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 456. Sitzung wird von einem voraussichtlichen Fördervolumen i.H.v.:

- 600.000 Euro pro Quartal für die Förderung von Hausbesuchen,
- 174.500 Euro pro Quartal für die Förderung von Leistungen der Allergologie,
- 200.000 Euro pro Quartal für die Förderung von Leistungen der Schmerztherapie,
- 300.000 Euro pro Quartal für die Förderung von Leistungen der Ösophago-Gastroduodenoskopie,
- 50.000 Euro pro Quartal für die Förderung von Leistungen der Botulinumtoxin-Behandlung,
- 42.500 Euro pro Quartal für die Förderung von Leistungen zu chronischen Wunden,
- 125.000 Euro pro Quartal für die Förderung von Leistungen zum Schlaflabor,
- 5.000 Euro pro Quartal für die Förderung von Leistungen bei Patienten mit Morbus Huntington,
- 112.500 Euro pro Quartal für die Förderung von Leistungen der rheumatologischen Funktionsdiagnostik,
- 206.500 Euro pro Quartal für die Förderung von Leistungen für die Behebung von Entwicklungsstörungen bei Kindern,
- 75.000 Euro pro Quartal für die Förderung von Leistungen der Katheter-Versorgung in Pflegeheimen und zu Hause,
- 42.000 Euro pro Quartal für die Förderung von Leistungen für die Versorgung durch Kiezschwester,
- 1.345.000 Euro pro Quartal für die Verbesserung der Versorgung von Patienten gemäß Abs. 3

ausgegangen. ²Die Summe der voraussichtlichen Fördervolumina für alle förderungswürdigen Leistungen soll nicht überschritten werden. ³Wird ein aufgeführtes, voraussichtliches Fördervolumen überschritten, besteht die Möglichkeit zum Ausgleich untereinander. ⁴Wird bei dem Fördervolumen für die Verbesserung der Versorgung von Patienten in Bezirken mit unterdurchschnittlichem Versorgungsgrad im Quartal die Grenze in Höhe von 1.425.000 Euro überschritten, wird vereinbart, in welchem Umfang der Überschreibungsbetrag mit Honorarsteigerungen verrechnet wird. ⁵Die KV Berlin unterrichtet die Vertragspartner unmittelbar nach Vorliegen der Abrechnungsdaten des Quartals. ⁶Bei festgestellten Überschreitungen von Fördervolumen verständigen sich die Vertragspartner auf Fachebene.

§ 4

Selektivverträge und ambulante spezialfachärztliche Versorgung

- (1) ¹Die Vertragspartner verständigen sich auf Basis der entsprechenden Beschlüsse des Bewertungsausschusses über die Regelung zur Bereinigung bzw. Erhöhung des Behandlungsbedarfs bei Abschluss, Änderung bzw. Beendigung von Selektivverträgen in gesonderten Vereinbarungen.
- (2) ¹Die Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V erfolgt entsprechend der Beschlüsse des Bewertungsausschusses gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V.

§ 5

Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

¹Von den Krankenkassen werden folgende Leistungsbereiche außerhalb der MGV als Einzelleistung zu den Preisen der regionalen EURO-Gebührenordnung bzw. als Pauschalen vergütet:

1. Der Vertragsarzt erhält bei jedem Besuch

- gemäß GOP 01410, 01411, 01412, 01415,
 - beim Besuch gemäß GOP 01721,
 - bei jeder ersten Visite am Behandlungstag gemäß GOP 01414
 - sowie bei jedem ersten Aufsuchen am Behandlungstag gemäß GOP 05230
- eine Wegepauschale nach Wegebereichen und Zeiten in folgender Höhe:

SNR	in der Zeit	Wegebereich	Pauschale
40220	7 bis 19 Uhr	im Kernbereich bei bis zu 2 km Radius	4,17 €
40222	7 bis 19 Uhr	im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius	8,20 €
40224	7 bis 19 Uhr	im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius	12,00 €
40226	19 bis 7 Uhr	im Kernbereich bei bis zu 2 km Radius	8,20 €
40228	19 bis 7 Uhr	im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius	12,79 €
40230	19 bis 7 Uhr	im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius	17,21 €

Die Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet. ²Die Bereiche für die Wegepauschalen sind vom Vertragsarzt selbst, ausgehend vom Praxissitz als Zentrum, zu bestimmen. ³Die Wegepauschalen sind je Besuch, Aufsuchen bzw. erster Visite berechnungsfähig, unabhängig davon, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. ⁴Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung der jeweiligen Wegepauschale nicht berücksichtigt. ⁵Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines Wegebereiches. ⁶Für die Berechnung der Wegepauschale ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist. ⁷Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

2. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des EBM-Kapitels 36, nach GOP 13311, 17370 und Leistungen EBM-Abschnitt 8.4),
3. Leistungen des EBM-Kapitels 31 und nach GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,
4. Leistungen der EBM-Abschnitte 1.7.1, 1.7.2 und 1.7.4, (inklusive Früherkennungsuntersuchung U7a), Leistungen des EBM-Abschnitts 1.7.3 zuzüglich Leistungen nach GOP 40850, 40852, 40854 und 40855 ggf. nach besonderem regionalem Vertrag,
5. Hautkrebsscreening: Leistungen gemäß GOP 01745, 01746,
6. Durchführung von kurativen Vakuumbiopsien mit zugehörigen Kostenpauschalen für interventionelle Eingriffe nach EBM-Abschnitt 40.8,
7. Phototherapeutische Keratektomie mit zugehörigen Kostenpauschalen für ophthalmologische Eingriffe nach EBM-Abschnitt 40.11,
8. Leistungen der Reproduktionsmedizin: GOPn 01510X bis 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510X, 08530X, 08531X, 08535X bis 08540X, 08550X, 08555X, 08558X, 08575X, 08576X, 11301X, 11302X, 11351X, 11352X, 11501X bis 11503X, 11506X, 11508X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X und 36822X sowie die Kostenpauschalen 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32614X, 32618X, 32660X und 32781X gemäß der Empfehlung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 606. Sitzung, Änderungen der Bundesempfehlung werden durch die Vertragspartner unverzüglich berücksichtigt,
9. Substitutionsbehandlung nach EBM-Abschnitt 1.8,
10. Kostenpauschale Mifepriston nach GOP 40156,
11. Kostenpauschalen nach GOP 01425 und 01426 für Ärzte die berechtigt sind, nach GOP der EBM-Kapitel 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 21, 25 und 26 abzurechnen,
12. Leistungen nach GOP 13622,
13. Leistungen nach EBM-Abschnitt 30.10,
14. Laborpauschalen nach GOP 32880 bis 32882,
15. Dialysesachkosten nach EBM-Abschnitt 40.14,

16. Leistungen der Balneophototherapie nach GOP 10350,
17. Leistung im Rahmen der Empfängerregelung nach GOP 01833,
18. Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA nach EBM-Abschnitt 30.12 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 323. Sitzung am 25.03.2014,
19. Neuropsychologische Therapie nach EBM-Abschnitt 30.11,
20. HIV-Resistenzprüfung nach GOP 32821,
21. antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Richtlinienpsychotherapie nach EBM-Abschnitt 35.2 aller Arztgruppen und probatorische Sitzungen nach GOP 35150 der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen,
22. ärztliche nephrologische Leistungen des EBM-Abschnitts 13.3.6 sowie kinderärztliche nephrologische Leistungen EBM-Abschnitt 4.5.4 sowie die Versichertenpauschalen 04000 und 04010 mit den jeweiligen Zusatznummern 04001, 04002, 04003, 04004, 04005 sowie 04011, 04012, 04013, 04014, 04015 und die GOP 04040 und 04230, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des EBM-Abschnitts 4.5.4 abgerechnet werden,
23. Osteodensitometrische Untersuchung nach GOP 34601,
24. Leistungen zur Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms nach den GOP 04528, 04529, 13425 und 13426 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 328. Sitzung am 25.06.2014,
25. a) Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe nach GOP 31371, 31372, 31373, 36371, 36372, 36373 sowie
b) Leistungen zur Betreuung eines Patienten nach Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe nach GOP 06334 und 06335 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 328. Sitzung am 25.06.2014,
26. Leistungen nach 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 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 339. Sitzung, Teil C,
27. Leistungen nach GOP 04356 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 340. Sitzung,
28. Kostenpauschale nach GOP 40582 gemäß der Empfehlung des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 343. Sitzung am 27.01.2015,
29. Leistungen nach EBM-Abschnitt 34.7 (PET,PET/CT) sowie die Kostenpauschale 40584 gemäß der Empfehlung des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 369. Sitzung am 15.12.2015 sowie gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 586. Sitzung,
30. Leistungen nach GOP 30980, 30981, 30984, 30985, 30986 und 30988 EBM gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016,
31. Leistungen nach GOP 32865 und 32911 des EBM sowie Leistungen nach EBM-Abschnitt 19.4.4 gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016 und in seiner 376. Sitzung am 22. Juni 2016,
32. Leistungen nach GOP 37100, 37102, 37105, 37113 und 37120 des EBM-Abschnitts 37.2 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 376. Sitzung am 22. Juni 2016,
33. Leistungen nach GOP 38200 und 38205 des EBM-Abschnitts 38.3 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 376. Sitzung am 22. Juni 2016,
34. Kostenpauschale nach GOP 40306 des EBM-Abschnitts 40.6 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 378. Sitzung am 10. August 2016,

35. Leistungen nach GOP 86900 und 86901 gemäß § 291f Abs. 1 (E-Health-Gesetz) für das Versenden bzw. Empfangen eines Arztbriefes,
36. Zuschläge für den Medikationsplan nach 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 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016,
37. Leistungen nach GOP 34800, 34810, 34820 und 34821 des EBM gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 386. Sitzung am 12. Dezember 2016,
38. Zuschlag Videosprechstunde nach GOP 01450 EBM gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 389. Sitzung vom 21. Februar 2017,
39. Leistungen nach GOP 03355, 04590, 13360 des EBM im Zusammenhang mit der Glukosemessung mit rtCGM gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 389. Sitzung vom 21. Februar 2017,
40. Leistung nach GOP 04563 EBM gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 389. Sitzung vom 21. Februar 2017,
41. Gesprächsleistungen nach GOP 35151 und 35152 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 SGB V in seiner 407. Sitzung mit Wirkung zum 01.04.2017,
42. Leistungen nach GOP 38202 und 38207 des EBM-Abschnitts 38.3 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 397. Sitzung am 21. Juni 2017 mit Wirkung zum 01.07.2017,
43. Leistungen des EBM-Abschnitts 37.3 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 408. Sitzung am 10. November 2017,
44. Leistungen der GOP 01626 des EBM im Zusammenhang mit der Verordnung von Cannabis gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 405. Sitzung,
45. Leistungen der GOP 02325, 02326, 02327 und 02328 des EBM im Zusammenhang mit der Epilation mittels Lasertechnik gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 398. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2017,
46. Leistungen der GOP 01640, 01641 und 01642 EBM im Zusammenhang mit der Erstellung und Aktualisierung von „Notfalldaten“ (E-Health-Gesetz) gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 53. Sitzung am 19. Dezember 2017 Teil A,
47. Leistungen der GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943 sowie 32948 und 32949 im Zusammenhang mit der HLA Antikörperdiagnostik gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 402. Sitzung,
48. Leistungen der GOP 08311, 08312, 08313, 26310, 26311, 26316, 26317 und 40161 im Zusammenhang mit der transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 411. Sitzung,
49. Leistungen der GOP 01611 im Zusammenhang mit der Verordnung von Soziotherapie und Reha gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 416. Sitzung mit Wirkung zum 1. April 2018,
50. Leistungen der GOP 34298 und 40301 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 426. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2018,
51. Leistungen der GOP 30210, 30212, 30216 und 30218 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 426. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2018,
52. Leistungen nach GOP 01650 des EBM-Abschnitts 1.6 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 429. Sitzung am 13. November 2018,

53. Leistungen der GOP 30440 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 430. Sitzung mit Wirkung zum 1. Januar 2019,
54. Leistungen der GOP 37400 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 430. Sitzung mit Wirkung zum 1. Januar 2019,
55. Leistungen der GOP 06362 und 40681 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 435. Sitzung mit Wirkung zum 1. April 2019,
56. Leistungen der GOP 05230, 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen bei Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie (EBM-Abschnitt 5.1 Nr. 8, 2. Spiegelstrich) sowie für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (EBM-Abschnitt 5.1 Nr. 8, 1. Spiegelstrich) gemäß § 87a Abs. 3 Satz 6 SGB V i.V.m. § 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V,
57. Leistungen der GOP 01645 sowie Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 430. Sitzung; der Zeitraum der extrabudgetären Vergütung und die davon betroffenen Indikationen richten sich nach dem vorhergenannten Beschluss bzw. nach den entsprechenden Beschlüssen des (erweiterten oder ergänzten) Bewertungsausschusses,
58. Leistungen im Zusammenhang mit der TSVG-Konstellation gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 und 4 SGB V (TSS-Terminfall, Hausarzt-Vermittlungsfall beim Facharzt. TSS-Akutfall)) gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 439. Sitzung i.V.m. dem Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87a Abs. 4 SGB V in seiner 79. Sitzung, wobei der Zuschlag im TSS-Akutfall (gem. Punkt 4.3.10.2 des genannten Beschlusses) frühestens ab Implementierung des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens zum Tragen kommt.
59. Leistungen im Zusammenhang mit der TSVG-Konstellation gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V (offene Sprechstunde) gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 439. Sitzung i.V.m. dem Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87a Abs. 4 SGB V in seiner 79. Sitzung,
60. Leistungen nach EBM-Abschnitt 1.7.8 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i.V.m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V in seiner 680. Sitzung Teil B mit Wirkung zum 1. September 2019 bis 31. Dezember 2025,
61. Leistungen der GOP 32850 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i.V.m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V in seiner 680. Teil B Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 bis 31. Dezember 2025,
62. Leistungen der GOP 06336, 06337, 06338 und 06339 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 451. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2019,
63. Leistungen der GOP 01442 und 01444 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 453. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2019,
64. Leistungen der GOP 11601 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 455. Sitzung Teil B mit Wirkung zum 1. Januar 2020,
65. Leistungen der GOP 08347 und 13507 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 455. Sitzung Teil C mit Wirkung zum 1. Januar 2020,
66. Leistungen der GOP 40165 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 455. Sitzung Teil B mit Wirkung zum 1. Januar 2020,
67. Leistungen der GOP 32816 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 468. Sitzung Teil B mit Wirkung zum 1. Februar 2020,
68. Leistungen der GOP 04538, 13678 und 40167 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 476. Sitzung Teil B mit Wirkung zum 1. April 2020,

69. Leistungen der GOP 04231 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 484. Sitzung Teil B mit Wirkung zum 1. April 2020,
70. Leistungen der GOP 01660 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 481. Sitzung Teil B mit Wirkung zum 1. Juli 2020,
71. Leistungen der GOP 40460, 40461 und 40462 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 507. i.V.m. der 509. Sitzung, wenn diese GOP im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen nach den GOP 01741, 01742, 04514, 04515, 04520, 08311T, 13421, 13422, 13423, 13430, 26310T oder 26311T, jeweils einschließlich Suffixen, abgerechnet werden mit Wirkung zum 1. Juli 2020,
72. Leistungen der GOP 32867 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil C mit Wirkung zum 1. Oktober 2020,
73. Leistungen der GOP 02314 und 40900 bis 40903 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Oktober 2020,
74. Leistungen der GOP 32779 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 525. Sitzung, Teil C mit Wirkung zum 1. Oktober 2020,
75. Leistungen der GOP 01670 bis 01672 gemäß Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 60. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Oktober 2020,
76. Leistungen der GOP 40128 und 40129 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 528. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 7. Oktober 2020,
77. Leistungen nach EBM-Abschnitt 30.3.2 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 530. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 15. November 2020,
78. Leistungen nach der GOP 11302 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 547. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Januar 2021,
79. Leistungen nach den GOP 01431 und 01647 gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 69. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Januar 2021,
80. Leistungen nach der GOP 01471 gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 70. Sitzung, Teil E mit Wirkung zum 1. Januar 2021,
81. Leistungen nach EBM-Abschnitt 8.6 und Kostenpauschalen nach EBM-Abschnitt 40.12 sowie Leistungen der GOP 01510K bis 01512K, 02100K, 02341K, 05310K, 05330K, 05340K, 05341K, 05350K, 08575K, 31272K, 31503K, 31600K, 31608K, 31609K, 31822K, 33043K, 33044K, 33064K, 33090K, 36272K, 36503K und 36822K sowie der GOP 32575K, 32614K, 32618K, 32660K und 32781K im Zusammenhang mit Leistungen der Kryokonservierung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 562. Sitzung, Teil B sowie gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i.V.m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V in seiner 570. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Juli 2021,
82. Leistungen der GOP 02102 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 562. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Juli 2021,
83. Leistungen der GOP 19503 bis 19505 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 562. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Juli 2021,
84. Leistungen der GOP 25335 und 25336 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 566. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Juli 2021,
85. Leistungen der GOP 35163 bis 35169 inkl. Suffixen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 567. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Oktober 2021,
86. Leistungen der GOP 35173 bis 35179 inkl. Suffixen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 567. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Oktober 2021,

87. Leistungen der GOP 01410K und 01413K im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 567. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Oktober 2021,
88. Leistungen der GOP 30902 und 30905 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 567. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Oktober 2021,
89. Leistungen der GOP 30900U und 30901U bei Patienten zur Erstanpassung einer Unterkieferprotrusionsschiene oder Verlaufskontrolle einer Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 567. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Oktober 2021,
90. Leistungen der GOP 19506 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i.V.m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V in seiner 570. Sitzung, Teil C mit Wirkung zum 1. Oktober 2021,
91. Leistungen der GOP 01648 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i.V.m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V in seiner 578. Sitzung, Teil C mit Wirkung zum 1. Januar 2022,
92. Leistungen der GOP 03325, 03326, 04325, 04326, 13578, 13579, 13583 bis 13587 und 40910 gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i.V.m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V in seiner 76. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Januar 2022,
93. Leistungen der GOP 02321, 26310, 26311 und 26330 mit Wirkung zum 1. Januar 2022,
94. Leistungen der GOP 01480 gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 76. Sitzung mit Wirkung zum 1. März 2022,
95. Leistungen der GOP 01540 bis 01545 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i.V.m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V in seiner 572. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. April 2022 i.V.m. den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 639. und 698. Sitzung,
96. Leistungen der GOP 30133 und 30134 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 590. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Juli 2022,
97. Leistungen der GOP 01472 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 595. Sitzung, Teil C mit Wirkung zum 1. Juli 2022,
98. Leistungen der GOP 01613 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 608. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Juli 2022,
99. Leistungen der GOP 32868 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 603. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Oktober 2022,
100. Leistungen nach EBM-Abschnitt 37.5 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 610. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2022,
101. Leistungen der GOP 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 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 610. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2022,
102. Leistungen der GOP 37700, 37701, 37704 bis 37706 und 37714 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 617. Sitzung, Teil C mit Wirkung zum 1. Dezember 2022,
103. Leistungen der GOP 09315 und 13662 im Zusammenhang mit der Durchführung einer Erhebung gemäß § 5 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 617. Sitzung, Teil C mit Wirkung zum 1. Dezember 2022,

104. Leistungen der GOP 37710, 37711 und 37720 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 617. Sitzung, Teil D mit Wirkung zum 1. Januar 2023,
105. Leistungen nach EBM-Abschnitt 25 (ohne GOP 25215) gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Januar 2023,
106. Leistungen der GOP 01473 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 618. Sitzung, Teil C mit Wirkung zum 1. Januar 2023,
107. Leistungen der GOP 32810 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 620. Sitzung, Teil C mit Wirkung zum 1. Januar 2023,
108. Leistungen der GOP 30320 bis 30323 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 640. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. April 2023,
109. Leistungen der GOP 01474 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 641. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. April 2023,
110. Leistungen der GOP 40685 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 642. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. April 2023,
111. Leistungen der GOP 01615 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 643. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Juli 2023,
112. Leistungen der GOP 32674 und 32820 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 647. Sitzung, Teil C mit Wirkung zum 1. Juli 2023,
113. Leistungen nach EBM-Abschnitt 14.2 sowie der GOP 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314 gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 8 SGB V mit Wirkung zum 1. April 2023,
114. Leistungen der GOP 34720 und 34721 sowie der Kostenpauschale 40585 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 676. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Oktober 2023,
115. Leistungen der GOP 01475 und 01476 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 677. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Oktober 2023,
116. Leistungen der GOP 01546 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 679. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Oktober 2023,
117. Leistungen der GOP 01549 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 683. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Oktober 2023,
118. Leistungen der GOP 30780 und 30781 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 691. Sitzung, Teil C mit Wirkung zum 1. Januar 2024,
119. Leistungen der GOP 01500 bis 01503 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 693. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Januar 2024,
120. Leistungen der GOP 01521, 01522, 34291 und 34292 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 693. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Januar 2024,
121. Leistungen der GOP 04421 und 13552 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 693. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Januar 2024,
122. Leistungen der GOP 05310, 05341, 33022 und 33023 im Zusammenhang mit Leistungen der Kardioversion gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 693. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Januar 2024,
123. Leistungen der GOP 30326 und 33105 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 699. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Januar 2024,
124. Leistungen der GOP 01681 bis 01682 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 702. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Januar 2024,

125. Leistungen der GOP 01477 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 703. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Januar 2024 und
126. Leistungen der GOP 32869 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 704. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Januar 2024.

§ 6 Zahlung der Gesamtvergütung

- (1) ¹Jede Krankenkasse leistet am drittletzten Bankarbeitstag (Wertstellung KV) eines jeden Kalendermonats eine Abschlagszahlung in Höhe von 27,5 % der je Quartal erwarteten MGV und 27,5 % der je Quartal erwarteten Vergütung für Einzelleistungen, Substitutionsbehandlungen der Drogenabhängigkeit und Pauschalen an die KV Berlin. ²Zur Ermittlung der erwarteten MGV für die Abschlagszahlung wird aus dem FB3 des Vorjahresquartals der Leistungsbedarf lt. EBM Punkten mit dem aktuell gültigen Punktwert bewertet und der Leistungsbedarf lt. EBM in Euro hinzugerechnet, es wird die gemäß § 87a Abs. 3a Satz 4 und Abs. 6 SGB V jeweils gemeldete Versichertenzahl des letztverfügbaren Vorquartals nach ANZVER87a berücksichtigt. ³Für die Ermittlung der erwarteten Vergütung für Einzelleistungen und Substitutionsbehandlungen wird aus dem FB3 des Vorjahresquartals der Leistungsbedarf lt. EBM Punkten mit dem aktuell gültigen Punktwert bewertet und der Leistungsbedarf lt. EBM in Euro hinzugerechnet. ⁴Zahlungen aufgrund des nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs werden bei der Abschlagszahlung nicht berücksichtigt.
- (2) ¹Die KV Berlin erstellt quartalsweise gegenüber den Krankenkassen eine endgültige Abrechnung der Gesamtvergütung inklusive der abgerechneten Vergütung für Einzelleistungen, Substitutionsbehandlungen der Drogenabhängigkeit und der Pauschalen per Rechnungsbrief. ²Die dazu gehörenden Unterlagen (Formblatt 3) werden den jeweiligen Daten-Annahme- und Verteilstellen (DAV) der Krankenkassen gemäß DTA-Vertrag von der KV Berlin zur Verfügung gestellt. ³Die Darstellung erfolgt im Formblatt 3 für alle Leistungen bis zur GOP Ebene 6. ⁴Im Rahmen der Quartalsabrechnung stellt die KV Berlin den Verbänden der Krankenkassen bezüglich der Dialyse-Sachkosten (GOP 40823 und 40824 EBM) die Anzahl der GKV-Dialysewochen je GOP jeweils getrennt nach Hauptbetriebsstätte und jeder Form von Nebenbetriebsstätte in elektronisch verwertbarer Form (Excel-Tabelle) zur Verfügung. ⁵Die für das Abrechnungsquartal zu leistende Restzahlung ergibt sich aus der unter Berücksichtigung der tatsächlichen durchschnittlichen Versichertenzahl des Abrechnungsquartals (ANZVER87a) angepassten MGV unter Anrechnung der von den Versicherten geleisteten Zuzahlungen nach Abs. 5 und den von den Krankenkassen geleisteten Abschlagszahlungen. ⁶Eine sich aus dieser endgültigen Quartalsabrechnung ergebende unstreitige Restforderung gegenüber der Krankenkasse ist innerhalb von 20 Tagen nach Eingang dieser Schlussabrechnung bei der Krankenkasse und der vollständigen rechnungsbegründenden Unterlagen (Formblatt 3) bei der von der jeweiligen Krankenkasse benannten Stelle (DAV) von der Krankenkasse zu begleichen.
- (3) ¹Sind die rechnungsbegründenden Unterlagen in Teilen nachweislich fehlerhaft, kann die Zahlung nicht vollständig verweigert oder aufgeschoben werden. ²Ein Einbehalt eines Rechnungsbetrages ist bei nachweislich fehlerhafter Rechnungsstellung nur bis zur Höhe des fehlerhaften Betrages zulässig. ³Kürzungen sind gegenüber der KV Berlin schriftlich zu erklären und zu begründen.
- (4) ¹Werden die Abschlags- bzw. Restzahlungen von den Krankenkassen nicht fristgerecht geleistet, tritt unmittelbar der Zahlungsverzug ein. ²Die KV Berlin ist dann berechtigt ohne Klagenerhebung vor dem Sozialgericht ab dem ersten Tag des Zahlungsverzugs, Verzugszinsen in Höhe von 3,8 Prozent zu erheben. ³Die Vertragspartner sollen durch Nachfragen (z.B. per Email) mit darauf hinwirken, dass Verzugszinsen möglichst vermieden werden.
- (5) ¹Die von den Vertragsärzten einbehaltenen Zuzahlungen gemäß § 32 Abs. 2 Satz 2 bis 4 SGB V sind von der KV Berlin mit der endgültigen Quartalsabrechnung (Formblatt 3) den jeweiligen Krankenkassen bekannt zu geben und zu verrechnen.
- (6) ¹Von der KV Berlin nach § 95d Abs. 3 SGB V oder nach § 291b Abs. 5 SGB V rechtskräftig einbehaltene Honorarabschläge für Leistungen außerhalb der MGV werden an die Krankenkassen zurückgezahlt.

- (7) ¹Bei einem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2022 und 2023 (§ 87a Abs. 3 Satz 4, Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V i.V.m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 633. Sitzung) verständigen sich die Vertragspartner über die Verwendung der zusätzlichen Zahlungen.
- (8) ¹Fällt der Zahltag der Restzahlung auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag, gilt der folgende Arbeitstag als Zahltag.
- (9) ¹Für die Übernahme der Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung für die in § 264 Abs. 2 SGB V aufgeführten nicht versicherungspflichtigen Personen gelten uneingeschränkt die Bestimmungen dieser Vereinbarung. ²Weitergehende Regelungen können zwischen den Vertragspartnern gesondert vereinbart werden.

§ 7 Vergütung und Honorarverteilung

¹Die nach diesem Vertrag erbrachten und abgerechneten Leistungen werden den Ärzten und Psychotherapeuten quartalsweise grundsätzlich nach den Bestimmungen und Preisen der regionalen EURO-Gebührenordnung Berlin (§ 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V) vergütet. ²Für Leistungen, die gemäß diesem Vertrag der Mengensteuerung gemäß § 87b SGB V unterliegen, gelten die Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabes der KV Berlin gemäß § 87b Abs. 1 SGB V und obliegen ihrer Verantwortung.

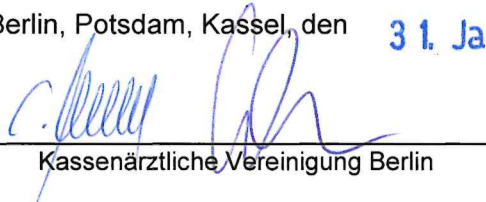
§ 8 Abrechnung

¹Das Abrechnungsverfahren zwischen der KV Berlin und den Ärzten und Psychotherapeuten wird in einer von der KV Berlin erstellten Abrechnungsordnung (Statuten der KV Berlin) geregelt.

§ 9 Geltungszeitraum

¹Dieser Vertrag tritt am 1. Januar 2024 in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 2024.

Berlin, Potsdam, Kassel, den **31. Jan. 2024**



 Kassenärztliche Vereinigung Berlin



 AOK Nordost - Die Gesundheitskasse



 Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
 Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg



 BKK Landesverband Mitte
 Landesvertretung Berlin und Brandenburg



 BIG direkt gesund
 handelnd als IKK-Landesverband Berlin



 KNAPPSCHAFT



 SVLFG als landwirtschaftliche Krankenkasse

Anlagen:

- Anlage 1 Musterberechnung zur Ermittlung der Aufsatzwerte und
Musterberechnung zur Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je
Krankenkasse
- Anlage 2 Förderungswürdige Leistungen
- Anlage 3 Förderungswürdige Leistungserbringer

Anlage 1 Musterberechnung zur Ermittlung der Aufsatzwerte

Nr.	Schritt Allgemein (kassenübergreifend)	Berechnung Allgemein
A1	Ermittlung des basiswirksam vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfes aus der KASSRG87aMGV_SUM im VJQ in Punkten	
A2	Ermittlung erwarteter Mehrbedarf für Leistungen	
A3	Ergebnis: neuer angepasster basiswirksam vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf im VJQ in Punkten	basiswirksam vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf aus KASSRG87aMGV_SUM im VJQ in Punkte aus A1 zuzüglich Mehrbedarf aus A2
A4	Feststellung vereinbarter Punktwert des VJQ	0,114915
A5	Ergebnis: basiswirksam vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf aus der KASSRG87aMGV_SUM im VJQ in EURO	basiswirksam vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf im VJQ in Punkte aus A1 multipliziert mit vereinbartem Punktwert des VJQ aus A4
A6	Ermittlung: Summe der auszudeckelnden Leistungen ohne Abstafelungsquote aus ARZTRG87aKA_SUM im VJQ nach EURO_GO	von 2024-1 bis 2024-4: Bereinigung Leistungen der GOP 01521, 34291 und 34292 gem. Beschluss BA 693. Sitzung
A7	Ermittlung: Summe der auszudeckelnden Leistungen ohne Abstafelungsquote aus ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ nach EURO_GO	
A8	Ergebnis: Leistungsbedarf in EURO der bereinigenden Leistungen ohne Abstafelungsquote abzüglich der ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ	Summe der auszudeckelnden Leistungen ohne Abstafelungsquote aus ARZTRG87aKA_SUM im VJQ nach EURO_GO aus A6 abzüglich Summe der auszudeckelnden Leistungen ohne Abstafelungsquote aus ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ nach EURO_GO aus A7
A9	Ermittlung: Summe der auszudeckelnden Leistungen mit Abstafelungsquote aus ARZTRG87aKA_SUM im VJQ nach EURO_GO	
A10	Ermittlung: Summe der auszudeckelnden Leistungen mit Abstafelungsquote aus ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ nach EURO_GO	
A11	Ergebnis: Leistungsbedarf in EURO der bereinigenden Leistungen mit Abstafelungsquote abzüglich der ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ	
A12	Ermittlung der einzudeckelnden Leistungen ohne Abstafelung aus ARZTRG87aKA_SUM im VJQ nach EURO_GO	von 2024-1 bis 2024-4: Eindeckelung der GOP 01645 sowie Leistungen nach 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen gem. Beschluss BA 430. Sitzung
A13	Ermittlung der einzudeckelnden Leistungen mit Abstafelung aus ARZTRG87aKA_SUM im VJQ nach EURO_GO	von 2024-1 bis 2024-3: Eindeckelung der GOPn 01841, 11230 und 11233 bis 11236 gem. Beschluss BA 448. Sitzung von 2024-1 bis 2024-4 Eindeckelung der Leistungen des Abschnitts 19.4.2 EBM gem. Beschluss BA 448. Sitzung
A14	Ermittlung des insgesamt tatsächlich abgerechneten MGV-Brutto-Leistungsbedarfs ARZTRG87aKA_SUM im VJQ nach EURO-GO	
A15	Ermittlung der insgesamt tatsächlich abgerechneten NVI-Leistungen aus ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ in EURO	
A16	Ergebnis: Insgesamt tatsächlich abgerechneter MGV-Brutto-Leistungsbedarf nach Abzug der ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ in EURO	Insgesamt tatsächlich abgerechneter MGV-Leistungsbedarf aus ARZTRG87aKA_SUM im VJQ aus A14 abzüglich insgesamt tatsächlich abgerechneter NVI-Leistungsbedarf aus ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ aus A15 in EURO
A17	Ergebnis: Abstafelungsquote	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf aus der KASSRG87aMGV_SUM im VJQ aus A5 dividiert durch tatsächlich abgerechneter Leistungsbedarf ohne NVI aus A16 in EURO
A18	Ergebnis: Abgestaffelter Leistungsbedarf der auszudeckelnden Leistungen mit Abstafelung in EURO	Leistungsbedarf der auszudeckelnden Leistungen mit Abstafelung aus A11 multipliziert mit Abstafelungsquote aus A17 in EURO
A19	Ergebnis: Abgestaffelter Leistungsbedarf der einzudeckelnden Leistungen mit Abstafelung in EURO	Leistungsbedarf der einzudeckelnden Leistungen mit Abstafelung aus A13 multipliziert mit Abstafelungsquote aus A17 in EURO
A20	Ergebnis: Summe Leistungsbedarf der gesamten Abgrenzung (ein- und auszudeckelnde Leistungen) in EURO	Leistungsbedarf der auszudeckelnden Leistungen (ohne Abstafelung) aus A8 zuzüglich Leistungsbedarf der auszudeckelnden Leistungen (mit Abstafelung) aus A18 abzüglich Leistungsbedarf der einzudeckelnden Leistungen (ohne Abstafelung) aus A12 abzüglich Leistungsbedarf der einzudeckelnden Leistungen (mit Abstafelung) aus A19
A21	Ergebnis: Summe Leistungsbedarf der gesamten Abgrenzung (ein- und auszudeckelnde Leistungen) in Punkten	Summe Leistungsbedarf der gesamten Abgrenzung (ein- und auszudeckelnde Leistungen) in EURO aus A20 dividiert durch vereinbarten Punktwert des VJQ aus A4

Anlage 1 Musterberechnung zur Ermittlung der Aufsatzwerte

A22	Ermittlung Bereinigung Behandlungsbedarf in Punkte	in 2024-1: Bereinigung kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen gem. Beschluss BA 682. Sitzung: 14.476.652 Punkte
A23	Ermittlung Erhöhung Behandlungsbedarf in Punkte	
A24	Ergebnis: Infolge von Änderungen der MGV-/EGV-Abgrenzung gemäß Beschluss BA 383. Sitzung zuletzt geändert in 540. und 654. Sitzung neu berechneter vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf in Punkten des VJQ	Neuer angepasster vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf im VJQ aus A3 abzüglich des Leistungsbedarfes der gesamten Abgrenzung aus A21 abzüglich Bereinigung des Behandlungsbedarfes aus A22 zuzüglich Erhöhung des Behandlungsbedarfes in Punkte aus A23
A25	Ermittlung des ASV-Differenzbereinigungsvolumen in Punkte gemäß Beschluss BA 420. Sitzung zuletzt geändert in 661. Sitzung	
A26	Ermittlung des Bereinigungsverzichts gemäß Beschluss BA 383. Sitzung zuletzt geändert in 540. und 654. Sitzung aus der SV-BEVERZICHT_SUM in Punkte	
A27	Ermittlung Bereinigung offene Sprechstunde gemäß Beschluss BA 640. und 651. Sitzung	ab 2023-1
A28	Ergebnis: Infolge der ASV-Bereinigung und des Bereinigungsverzichts neu berechneter basiswirksam vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf im VJQ abzüglich ASV-Bereinigung und Bereinigungsverzicht in Punkten gemäß Nr. 2.2.1.3 des Beschlusses BA 383. Sitzung zuletzt geändert in 640. und 654. Sitzung abzüglich Bereinigung offene Sprechstunde	neu berechneter basiswirksam vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf VJQ in Punkten aus A24 abzüglich ASV-Differenzbereinigungsvolumen in Punkte aus A25 abzüglich Bereinigungsverzicht aus A26 abzüglich Bereinigung offene Sprechstunde aus A27
A29	Anpassung des Behandlungsbedarfes aufgrund Behebung des Kassenwechslereffektes gem. Beschluss BA 670. Sitzung	0,0906%
A30	Ergebnis: neu berechneter basiswirksam vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf im VJQ inkl. 0,0906% Kassenwechslereffektes gemäß Nr. 2.2.1.4 des Beschlusses BA 383. Sitzung zuletzt geändert in 640. und 654. Sitzung	neu berechneter basiswirksam vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf VJQ in Punkten aus A28 multipliziert mit Faktor 1,000906 wegen Kassenwechslereffekt aus A29
A31	Ermittlung des insgesamt tatsächlich abgerechneten MGV-Brutto-Leistungsbedarfs ohne auszudeckelnde Leistungen in Punkten aus ARZTRG87aKA_SUM im VJQ abzüglich der sich nach § 3 Abs. 1 Satz 9 Honorarvertrag insgesamt ergebenden Korrekturen	
A32	Ermittlung der insgesamt tatsächlich abgerechneten NVI-Leistungen ohne auszudeckelnde Leistungen in Punkten aus ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ	
A33	Ermittlung tatsächlich abgerechneter Leistungsbedarf der einzudeckelnden Leistungen in Punkten	von 2024-1 bis 2024-4: Eindeckelung der GOP 01645 sowie Leistungen nach 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen gem. Beschluss BA 430. Sitzung von 2024-1 bis 2024-3: Eindeckelung der GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236 gem. Beschluss BA 448. Sitzung, von 2024-1 bis 2024-4 Eindeckelung der Leistungen des Abschnittes 19.4.2 EBM gem. Beschluss BA 448. Sitzung
A34	Ergebnis: Tatsächlich abgerechneter Leistungsbedarf nach Abzug der ARZTRG87aNVI_SUM und ohne auszudeckelnde Leistungen inkl. der einzudeckelnden Leistungen in Punkten abzüglich der sich nach § 3 Abs. 1 Satz 10 Honorarvertrag je KK im VJQ ergebenden Korrekturen	Tatsächlich abgerechneter MGV-Leistungsbedarf aus ARZTRG87aKA_SUM im VJQ ohne auszudeckelnde Leistungen in Punkten aus A31 abzüglich tatsächlich abgerechnete NVI-Leistungen in Punkten aus A32 zuzüglich einzudeckelnde Leistungen aus A33 in Punkten
Nr.	Schritt kassenspezifisch	Berechnung kassenspezifisch
K1	VKNR	
K2	KT-Gruppe	
K3	IK	
K4	Ermittlung des tatsächlich abgerechneten MGV-Brutto-Leistungsbedarfs <u>ohne</u> auszudeckelnde Leistungen aus der ARZTRG87aKA_IK gemäß Beschluss BA 383. Sitzung zuletzt geändert in 640. und 654. Sitzung im VJQ je KK in Punkten abzüglich der sich nach § 3 Abs. 1 Satz 9 Honorarvertrag je KK im VJQ ergebenden Korrekturen	
K5	Ermittlung der abgerechneten NVI-Leistungen <u>ohne</u> auszudeckelnde Leistungen aus der ARZTRG87aNVI_IK im VJQ je KK in Punkten	

Anlage 1 Musterberechnung zur Ermittlung der Aufsatzwerte

K6	Ermittlung tatsächlich abgerechneter Leistungsbedarf der einzudeckelnden Leistungen je KK in Punkten	von 2024-1 bis 2024-4: Eindeckelung der GOP 01645 sowie Leistungen nach 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen gem. Beschluss BA 430. Sitzung von 2024-1 bis 2024-3: Eindeckelung der GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236 gem. Beschluss BA 448. Sitzung, von 2024-1 bis 2024-4 Eindeckelung der Leistungen des Abschnittes 19.4.2 EBM gem. Beschluss BA 448. Sitzung
K7	Ergebnis: Tatsächlich abgerechneter Leistungsbedarf je KK ohne auszudeckelnde Leistungen nach Abzug der ARZTRG87aNVI_IK im VJQ je KK in Punkten inkl. der einzudeckelnden Leistungen	Tatsächlich abgerechneter Leistungsbedarf aus K4 minus tatsächlich abgerechneter NVI-Leistungsbedarf aus K5 in Punkten zuzüglich einzudeckelnde Leistungen aus K6
K8	Ergebnis: Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten im VJQ	Ergebnis tatsächlich abgerechneter kassenspezifischer Leistungsbedarf je KK nach Abzug der NVI je KK in Punkten inkl. einzudeckelnder Leistungen in Punkten aus K7 dividiert durch Ergebnis tatsächlich abgerechneter Leistungsbedarf in Punkten nach Abzug der NVI in Punkten inkl. einzudeckelnder Leistungen aus A34 multipliziert mit Ergebnis des neu berechneten basiswirksam vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarfs in Punkten des VJQ aus A30
K9	Ermittlung des Bereinigungsverzichts gemäß Beschluss BA 383. Sitzung zuletzt geändert in 640. und 654. Sitzung aus der SV-BEVERZICHT_IK	
K10	Ergebnis: Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten des VJQ zuzüglich des Bereinigungsverzichts	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten des VJQ aus K8 zuzüglich des Bereinigungsverzichts aus K9
K11	Ermittlung der Anzahl der Versicherten der jeweiligen KK im VJQ	
K12	Ergebnis: Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten des VJQ je Versicherten	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten des VJQ inkl. Erhöhung des Bereinigungsverzichts aus K10 dividiert durch Anzahl der Versicherten der jeweiligen KK im VJQ aus K11
K13	Ermittlung der Anzahl der Versicherten der jeweiligen KK im aktuellen Quartal	
K14	Ergebnis: Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten für das aktuelle Quartal 2023	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten des VJQ inkl. Erhöhung des Bereinigungsverzichts je Versicherten aus K12 multipliziert mit Anzahl der Versicherten der jeweiligen KK des aktuellen Quartals aus K13

Abkürzungslegende Tabelle:

BA = Bewertungsausschuss

Anlage 1 Musterberechnung zur Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Krankenkasse

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	S
1	VKNR	IK	KT-Gruppe	Name	Kassenspezifischer Aufsatzwert in Punkte	Anpassung der MGW um Veränderungsrate für Berlin für 2024 gem. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr.2 i.V.m. Satz 3 SGB V und gem. 663.BWA-Beschluss : -0,1751%	Kassenspezifischer bereinigter Aufsatzwert in Punkten gem. Beschluss BWA inkl. Anpassung nach § 87a Abs. 4 SGB V	für das aktuelle Abrechnungsquartal aktualisierte vertrags-spezifische Gesamt-bereinigungs-menge je Versicherten je Krankenkasse 2024-1	Versicherte gem. ANZVER87a VJQ Quartal 2023-1	Versicherte gem. ANZVER87a AQ Quartal 2024-1 ohne Status 9	Ergebnis: Differenz der Versicherten des aktuellen Quartals zum VJQ je Krankenkasse	Ergebnis: Vertrags-spezifische Bereinigungs-menge in Punkten für 2024-1	Kassenspezifischer bereinigter Aufsatzwert in EURO gemäß BWA Beschluss inkl. Anpassung nach § 87a Abs. 4 SGB V	Bereinigung Selektiv-vertrag in Euro	Basiswirksamer Anteil MGW in Euro Quartal 2024-1	Zahlungs-relevante MGW in Euro
2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	19
3						-0,0017510			3.268.638	3.325.184			0,119339			
4	72123	101000000	2	Musterkasse	1.500.000,0000000	-2.626,5000000	1.497.373,5000000	1,2345678	1.500	2.000	500	617,2839000	178.768,7221598 €	500,00 €	178.268,72 €	178.268,72 €

=RUNDEN(E4*\$F\$3;7)

=E4+F4

=J4-I4

=RUNDEN(H4*K4;7)

=RUNDEN((G4+L4)*\$M\$3;7)

=M4-N4

=O4

Anlage 2 Förderungswürdige Leistungen

Leistung	GOP	Verbesserung der Versorgung der Versicherten, durch... (gemäß Beschluss des BA in der 456. Sitzung)	Evaluationskriterien (gemäß Beschluss des BA in der 456. Sitzung)	Förderung
Besuch eines Kranken	01410	Steigerung des Behandlungserfolges i.S. der Verbesserung der Ergebnisqualität Ziel: Stabilisierung der Häufigkeit der Leistungserbringung, ab dem 01.01.2021 Steigerung um mindestens 2 % jährlich Ziel: durch Erweiterungen der Angebotsstrukturen i.S. der Verringerung der hausärztlichen Praxen, die die Leistung <u>nicht</u> erbringen, um mindestens 10%	Entwicklung der Anzahl abgerechneter Leistungen (Datenerhebung durch KV Berlin) Anzahl der nicht leistungserbringenden hausärztlichen Praxen (Datenerhebung durch KV Berlin)	Extrabudgetärer Zuschlag in Höhe von 15,00 € pro Leistung ab dem ersten Fall, wenn 50 Hausbesuche im Quartal pro Arzt überschritten werden Das voraussichtliche Fördervolumen für den Förderzeitraum pro Jahr beträgt 2,4 Mio. €
Hyposensibilisierungstherapie subkutan (Spritze)	30130	Steigerung des Behandlungserfolges i.S. der Verbesserung der Ergebnisqualität Ziel: Vermeidung von Wartezeiten durch Steigerung der Häufigkeit der Leistungserbringung um mindestens 5 %	Anzahl abgerechneter Leistungen (Datenerhebung durch KV Berlin)	Extrabudgetärer Zuschlag auf den regionalen Vergütungspunktwert nach § 2 Abs. 2: 3 Cent
Hyposensibilisierungstherapie sublingual	30130T	Steigerung des Behandlungserfolges i.S. der Verbesserung der Ergebnisqualität Ziel: Vermeidung von Wartezeiten durch Steigerung der Häufigkeit der Verordnungen um mindestens 5 %	Anzahl entsprechender Verordnungen (Datenerhebung durch KV Berlin)	102 Punkte pro Leistung extrabudgetär; max. 4 mal im Krankheitsfall

Anlage 2 Förderungswürdige Leistungen

Leistung	GOP	Verbesserung der Versorgung der Versicherten, durch... (gemäß Beschluss des BA in der 456. Sitzung)	Evaluationskriterien (gemäß Beschluss des BA in der 456. Sitzung)	Förderung
<p>Zuschlag auf 30130 bzw. analoge 30130T nach 3 Jahren für kontinuierliche 3-Jahres-Hyposensibilisierungstherapie</p> <p>Abrechnungsvoraussetzung (30130): mindestens 20 mal abgerechnete 30130 innerhalb von 12 hintereinander liegenden Quartalen; im 1. und 12. Quartal mindestens 1 mal abgerechnete 30130 pro Praxis für einen Patienten</p> <p>Abrechnungsvoraussetzung (analoge 30130): mindestens 12 mal rezeptierte Verordnungen innerhalb von 12 hintereinander liegenden Quartalen; im 1. und 12. Quartal mindestens 1 mal rezeptierte Verordnungen pro Praxis für einen Patienten</p>	91130	<p>Steigerung des Behandlungserfolges i.S. der Verbesserung der Ergebnisqualität durch erfolgreichen Abschluss der Therapie Ziel: Senkung der Abbruchquote um mindestens 10 %-Punkte</p>	<p>Abbruchquote anhand Leistungs- und Verordnungsdaten: (Datenerhebung durch KV Berlin)</p>	<p>Extrabudgetärer Zuschlag in Höhe von 30 € nach kontinuierlicher Behandlung mit Ablauf des Behandlungszeitraumes</p> <p>Das voraussichtliche Fördervolumen beträgt für die GOP 30130, der 30130T und der 91130 insgesamt 698.000 € pro Jahr.</p>
<p>Schmerztherapeutische Versorgung chronischer Patienten</p>	30702	<p>Reduzierung des sich abzeichnenden Versorgungsmangels Ziel: Erweiterungen der Angebotsstrukturen i.S. der Erhöhung der Anzahl der Ärzte um mindestens 5%, die die Leistung erbringen</p>	<p>Anzahl leistungserbringender Ärzte (Datenerhebung durch KV Berlin)</p>	<p>Extrabudgetärer Zuschlag auf den regionalen Vergütungspunktwert nach § 2 Abs. 2: 1 Cent</p>

Anlage 2 Förderungswürdige Leistungen

Leistung	GOP	Verbesserung der Versorgung der Versicherten, durch... (gemäß Beschluss des BA in der 456. Sitzung)	Evaluationskriterien (gemäß Beschluss des BA in der 456. Sitzung)	Förderung
Zuschlag zur GOP 30702 für schmerztherapeutische Einrichtungen	30704	Reduzierung des sich abzeichnenden Versorgungsmangels Ziel: Erweiterungen der Angebotsstrukturen i.S. der Erhöhung der Anzahl der Ärzte um mindestens 5 % , die die Leistung erbringen	Anzahl leistungserbringender Ärzte (Datenerhebung durch KV Berlin)	Extrabudgetärer Zuschlag auf den regionalen Vergütungspunktwert nach § 2 Abs. 2: 3 Cent Das voraussichtliche Fördervolumen beträgt für die GOP 30702 und 30704 800.000 € pro Jahr.
Sehschule bei Patienten mit eingeschränkter Kooperationsfähigkeit	06320/ 06321 i.V.m. 06333	Reduzierung des sich abzeichnenden Versorgungsmangels Ziel: Veränderungen der Angebotsstrukturen i.S. der Vermeidung eines Rückgangs der Leistungen und Leistungserbringer bzgl. der Kombinationsleistung	Anzahl abgerechneter Kombinationsleistungen und leistungserbringender Ärzte (Datenerhebung durch KV Berlin)	Extrabudgetärer Zuschlag auf den regionalen Vergütungspunktwert nach § 2 Abs. 2: 3 Cent Das voraussichtliche Fördervolumen beträgt 324.000 € pro Jahr.

Anlage 2 Förderungswürdige Leistungen

Leistung	GOP	Verbesserung der Versorgung der Versicherten, durch... (gemäß Beschluss des BA in der 456. Sitzung)	Evaluationskriterien (gemäß Beschluss des BA in der 456. Sitzung)	Förderung
Ösophago-Gastroduodenoskopie	13400	Steigerung des Behandlungserfolges i.S. der Verbesserung der Ergebnisqualität Ziel: Steigerung der Häufigkeit der Leistungserbringung um mindestens 5 %	Anzahl abgerechneter Leistungen (Datenerhebung durch KV Berlin)	Extrabudgetärer Zuschlag auf den regionalen Vergütungspunktwert nach § 2 Abs. 2: 3 Cent Das voraussichtliche Fördervolumen beträgt 1.200.000 € pro Jahr.
Botulinumtoxin-Behandlung (a.) Erstuntersuchung und Beratung betroffener Patienten Injektionsbehandlung betroffener Patienten Zuschlag zur Untersuchung	04430 oder 16220 04430 oder 16220 04430, 09330, 16220 oder 20330	Vermeidung stationärer Behandlungen Ziel: Steigerung der bisherigen Leistungserbringung um mindestens 5 % Steigerung des Behandlungserfolges i.S. der Verbesserung der Ergebnisqualität Ziel: Vermeidung von Wartezeiten durch Steigerung der Häufigkeit der Leistungserbringung um mindestens 5 % Reduzierung des sich abzeichnenden Versorgungsmangels Ziel: Erweiterungen der Angebotsstrukturen um mindestens 5 %	Anzahl abgerechneter Leistungen (Datenerhebung durch KV Berlin) Anzahl leistungserbringender Ärzte (Datenerhebung durch KV Berlin)	Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 35,60 € (SNR 96430) Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 26,70 € (SNR 96431) Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 145,00 € (SNR 96432)
Botulinumtoxin-Behandlung (b.) Injektionsbehandlung betroffener Patienten	10210 bis 10212 oder 16220	Vermeidung stationärer Behandlungen Ziel: Steigerung der bisherigen Leistungserbringung um mindestens 5 % Steigerung des Behandlungserfolges i.S. der Verbesserung der Ergebnisqualität Ziel: Vermeidung von Wartezeiten durch Steigerung der Häufigkeit der Leistungserbringung um mindestens 5 % Reduzierung des sich abzeichnenden Versorgungsmangels Ziel: Erweiterungen der Angebotsstrukturen um mindestens 5 %	Anzahl abgerechneter Leistungen (Datenerhebung durch KV Berlin) Anzahl leistungserbringender Ärzte (Datenerhebung durch KV Berlin)	Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 27,00 € (SNR 96433)

Anlage 2 Förderungswürdige Leistungen

Leistung	GOP	Verbesserung der Versorgung der Versicherten, durch... (gemäß Beschluss des BA in der 456. Sitzung)	Evaluationskriterien (gemäß Beschluss des BA in der 456. Sitzung)	Förderung
Botulinumtoxin-Behandlung (c.) Injektionsbehandlung betroffener Patienten	04430 oder 16220	Vermeidung stationärer Behandlungen Ziel: Steigerung der bisherigen Leistungserbringung um mindestens 5 % Steigerung des Behandlungserfolges i.S. der Verbesserung der Ergebnisqualität Ziel: Vermeidung von Wartezeiten durch Steigerung der Häufigkeit der Leistungserbringung um mindestens 5 % Reduzierung des sich abzeichnenden Versorgungsmangels Ziel: Erweiterungen der Angebotsstrukturen um mindestens 5 %	Anzahl abgerechneter Leistungen (Datenerhebung durch KV Berlin) Anzahl leistungserbringender Ärzte (Datenerhebung durch KV Berlin)	Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 35,60 € (SNR 96434) Das voraussichtliche Fördervolumen beträgt für (a.), (b.) und (c.) insgesamt 200.000 € pro Jahr.
Chronische Wunden	02310	Vermeidung stationärer Behandlungen Ziel: Steigerung der bisherigen Leistungserbringung um mindestens 5 % Reduzierung des sich abzeichnenden Versorgungsmangels Ziel: Erweiterungen der Angebotsstrukturen um mindestens 5 %	Anzahl abgerechneter Leistungen (Datenerhebung durch KV Berlin) Anzahl leistungserbringender Ärzte (Datenerhebung durch KV Berlin)	Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 4,50 € Das voraussichtliche Fördervolumen beträgt 170.000 € pro Jahr.
Schlaflabor	30900 oder 30901	Steigerung des Behandlungserfolges i.S. der Verbesserung der Ergebnisqualität Ziel: Vermeidung von Wartezeiten durch Steigerung der Häufigkeit der Leistungserbringung um mindestens 5 %	Anzahl abgerechneter Leistungen (Datenerhebung durch KV Berlin)	Extrabudgetärer Zuschlag auf den regionalen Vergütungspunktwert nach § 2 Abs. 2: 1,1 Cent Das voraussichtliche Fördervolumen beträgt 500.000 € pro Jahr.

Anlage 2 Förderungswürdige Leistungen

Leistung	GOP	Verbesserung der Versorgung der Versicherten, durch... (gemäß Beschluss des BA in der 456. Sitzung)	Evaluationskriterien (gemäß Beschluss des BA in der 456. Sitzung)	Förderung
Patienten mit Morbus Huntington	03001 bis 03005, 04001 bis 04005, 09210 bis 09212, 13210 bis 13212, 16210 bis 16212, 18210 bis 18212 oder 26210 bis 26212	Reduzierung des sich abzeichnenden Versorgungsmangels Ziel: Erweiterungen der Angebotsstrukturen i.S. der Vermeidung eines Rückgangs der Leistungen	Anzahl abgerechneter Leistungen (Datenerhebung durch KV Berlin)	Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 30,00 € (SNR 96302) Das voraussichtliche Fördervolumen beträgt 20.000 € pro Jahr.
Rheumatologische Funktionsdiagnostik	04551 oder 13701	Vermeidung stationärer Behandlungen Ziel: Steigerung der bisherigen Leistungserbringung um mindestens 5 % Steigerung des Behandlungserfolges i.S. der Verbesserung der Ergebnisqualität Ziel: Vermeidung von Wartezeiten durch Steigerung der Häufigkeit der Leistungserbringung um mindestens 5 %	Anzahl abgerechneter Leistungen (Datenerhebung durch KV Berlin)	Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 9,00 € Das voraussichtliche Fördervolumen beträgt 450.000 € pro Jahr.
Behebung von Entwicklungsstörungen bei Kindern	09210	Vermeidung stationärer Behandlungen Ziel: Steigerung der bisherigen Leistungserbringung um mindestens 5 % Steigerung des Behandlungserfolges i.S. der Verbesserung der Ergebnisqualität Ziel: Vermeidung von Wartezeiten durch Steigerung der Häufigkeit der Leistungserbringung um mindestens 5 %	Anzahl abgerechneter Leistungen (Datenerhebung durch KV Berlin)	Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 40,00 € Das voraussichtliche Fördervolumen beträgt 826.000 € pro Jahr.

Anlage 2 Förderungswürdige Leistungen

Leistung	GOP	Verbesserung der Versorgung der Versicherten, durch... (gemäß Beschluss des BA in der 456. Sitzung)	Evaluationskriterien (gemäß Beschluss des BA in der 456. Sitzung)	Förderung
Katheter-Versorgung in Pflegeheimen und zu Hause	02322 oder 02323	<p><u>Vermeidung stationärer Behandlungen und unnötiger Krankentransporte</u> Ziel: Steigerung der bisherigen Leistungserbringung um mindestens 5 %</p> <p><u>Steigerung des Behandlungserfolges</u> i.S. der Verbesserung der Ergebnisqualität Ziel: Vermeidung von Wartezeiten durch Steigerung der Häufigkeit der Leistungserbringung um mindestens 5 %</p>	Anzahl abgerechneter Leistungen (Datenerhebung durch KV Berlin)	<p>Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 18,00 €</p> <p>Das voraussichtliche Fördervolumen beträgt 300.000 € pro Jahr.</p>
Versorgung durch Kiezschwester	03001, 03002, 03003, 03004 oder 03005	<p><u>Reduzierung des sich abzeichnenden Versorgungsmangels</u> Ziel: Veränderungen der Angebotsstrukturen um mindestens 5 %</p> <p><u>Steigerung des Behandlungserfolges</u> i.S. der Verbesserung der Ergebnisqualität Ziel: Vermeidung von Wartezeiten durch Steigerung der Häufigkeit der Leistungserbringung um mindestens 5 %</p>	Anzahl Ärzte mit Zuschlag Anzahl Patienten pro Arzt mit Zuschlag (Datenerhebung durch KV Berlin)	<p>Zuschlag i.H.v. 40,00 € (SNR 95300)</p> <p>Das voraussichtliche Fördervolumen beträgt 168.000 € pro Jahr.</p> <p>Zuschlag und das voraussichtliche Fördervolumen werden zu gleichen Teilen aus der MGV (Beteiligung KV Berlin) und der Förderung außerhalb der MGV (Beteiligung Krankenkassen) finanziert.</p>

Anlage 3 Förderungswürdige Leistungserbringer

Leistungserbringer	Verbesserung der Versorgung der Versicherten durch... (gemäß Beschluss des BA in der 456. Sitzung)	Evaluationskriterium gemäß Beschluss des BA in der 456. Sitzung)	Förderung
<p>Hausärzte in den Bezirken Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick mit Versorgungsgrad <100% (LOI), Frauenärzte und Augenärzte in den Bezirken Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick und Kinderärzte in den Bezirken Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf, Treptow-Köpenick sowie Spandau und Reinickendorf mit Versorgungsgrad <95% (LOI)</p> <p>Datenbasis zum Aufgreifen der betroffenen Bezirke: LOI (Stand: 01.01.2020 bzw. 01.04.2023)</p>	<p><u>Förderung von Leistungserbringern in kleinräumigen unterdurchschnittlich versorgten Planungsbereichen</u> i.S. vermehrter Niederlassung und/oder Nachbesetzung innerhalb der betroffenen Bezirke mit unterdurchschnittlicher Versorgung (bezogen auf die vier genannten Arztgruppen) Ziel: Erreichung der jeweiligen bezirklichen Versorgungsgrade von 100% (HÄ) bzw. 95% (FÄ) Evaluationszeitraum: ab 01.01.2024 je Quartal</p> <p>Um die Zielerreichung besser beurteilen zu können, sollen folgende Kriterien ergänzend evaluiert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Senkung der Anzahl der Praxen, die mangels Bewerber nicht nachbesetzt werden konnten - Steigerung der Anzahl der Ärzte in den benannten unterdurchschnittlichen versorgten Bezirken <p>Evaluationszeitpunkt: ab 01.01.2024 je Quartal</p>	<p>Versorgungsgrade des LOI (Datenerhebung durch KV Berlin)</p>	<p>Extrabudgetärer Zuschlag auf den regionalen Vergütungspunktwert nach § 2 Abs. 2 der MGV-Leistungen:</p> <p style="text-align: center;">3 Cent</p> <p>Das voraussichtliche Fördervolumen beträgt pro Jahr 5.380.000 €.</p>

* Letter of Intent zur Versorgungssteuerung auf Ebene der 12 Berliner Verwaltungsbezirke im Rahmen der Bedarfsplanung auf Landesebene auf der Grundlage des Bedarfsplans 2013

Protokollnotiz

- Kriterien des Hausbesuchsdienstes im KV Bereich Berlin gemäß § 3 Abs. 6:

01412T	<p>Pauschale für den Hausbesuchsdienst der KV Berlin am Tag</p> <p>Dringender Besuch im organisierten Hausbesuchsdienst der KV Berlin während der Sprechstundenzeiten wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt</p> <ul style="list-style-type: none">- zwischen 07:00 und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)- bei bestehender Gehunfähigkeit. Die Gehfähigkeit soll im Ersteinschätzungsgespräch mit dem Patienten festgestellt bzw. abgefragt werden. Dabei sollen die individuellen Begleitumstände des Patienten Berücksichtigung finden. <p>Obligater Leistungsinhalt</p> <ul style="list-style-type: none">- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Hausbesuchsdienst der KV Berlin, auch für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte <p>Neben der Gebührenposition 01412T sind keine weiteren Gebührenpositionen abrechenbar, außer die GOPen 02322 und 02323 (Förderung Katheter-Versorgung in Pflegeheimen und zu Hause).</p>	Bewertung gemäß GOP 01412 EBM
--------	--	-------------------------------