

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 - Regionaldirektion Berlin

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 2021 bis 31. Dezember 2021
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 Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 68. Sitzung (nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs) bleiben unberührt.
- (2) ¹Der für die Berechnung der MGV nach § 87a Abs. 3 SGB V und der regionalen 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 67. Sitzung vom 15. September 2020 zur Festlegung gemäß § 87 Abs. 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2021 in Höhe von 11,1244 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 Kassensärztlichen 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 451. und 526. 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 526. Sitzung um die Differenzbereinigungsmenge aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung bereinigt.

³Aus dem vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf des Vor- bzw. Vorvorjahresquartals werden die Beträge der folgenden Leistungen basiswirksam ausgedeckt:

- in den Quartalen 2021-1 bis 2021-2 um 2.448.000 Punkte und in den Quartalen 2021-3 bis 2021-4 um 1.015.000 Punkte je Quartal im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste aufgrund der Übermittlung elektronischer Briefe gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 480. Sitzung,
- in den Quartalen 2021-1 bis 2021-2 um 1.202.990 Punkte je Quartal im Zusammenhang mit der Aufnahme von Gebührenordnungspositionen mit dem Einsatz von Diagnostika zur Antibiotikatherapie gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 504. Sitzung,
- die nicht basiswirksame Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in den Quartalen 2021-1 bis 2021-2 in Höhe von 66.374 Euro je Quartal im Zusammenhang mit der Aufnahme von Gebührenordnungspositionen mit dem Einsatz von Diagnostika zur Antibiotikatherapie gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 504. Sitzung sowie
- in den Quartalen 2021-1 bis 2021-2 um den erwarteten Minderbedarf für die GOP 04511, 08311, 08334, 09315, 09317, 13260, 13400, 13401, 13402, 13662, 26311 und 30601 ggf. einschließlich Suffices gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 509. Sitzung.

⁴Der vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf des Vor- bzw. Vorvorjahresquartals wird basiswirksam erhöht:

- in 2021-1 um den erwarteten Mehrbedarf für die Leistungen der GOP 26310 und 26313 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 455. Sitzung,
- in 2021-1 um den erwarteten Mehrbedarf von 1.551.000 Punkten je Quartal für die Leistungen der GOPn 01700, 01701, 01823, 01824, 01840 und 40100 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 455. Sitzung Teil D,
- in den Quartalen 2021-1 bis 2021-2 um den erwarteten Mehrbedarf für die Leistungen der GOPn 04417 und 13577 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 506. Sitzung,
- in den Quartalen 2021-1 bis 2021-2 um den erwarteten Mehrbedarf für die GOPn 40460, 40461 und 40462 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 509. Sitzung,
- in den Quartalen 2021-1 bis 2021-3 um den erwarteten Mehrbedarf für die GOPn 13691 und 13692 einschließlich Suffices gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 511. Sitzung,
- in den Quartalen 2021-1 bis 2021-4 um den erwarteten Mehrbedarf der Strahlentherapie nach EBM-Kapitel 25 (Quartal 2021-1: 83.814.705 Punkte; Quartal 2021-2: 82.529.752 Punkte; Quartal 2021-3: 83.716.777 Punkte; Quartal 2021-4: 83.262.018 Punkte) gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 513. Sitzung Teil B,
- in den Quartalen 2021-1 bis 2021-4 um 0,0312% je Quartal für die Behebung des Kassenwechslereffekts für das Jahr 2021 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 513. Sitzung sowie
- in den Quartalen 2021-1 bis 2021-4 um 4.436.161 Punkte je Quartal um den erwarteten Mehrbedarf aufgrund des wissenschaftlichen und technischen Fortschritts für die Gebührenordnungspositionen des Kapitels 11.4 EBM gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 547. Sitzung,

- in den Quartalen 2021-3 bis 2021-4 die Leistungen der GOPn 32459, 32774 und 32775 gemäß dem Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 54. Sitzung,
- in den Quartalen 2021-2 bis 2021-4 die Leistungen der GOPn 32480 und 32557 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 433. Sitzung, sowie
- im Quartal 2021-4 die Leistungen des EBM-Abschnitts 1.7.8 und die GOP 32850 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 441. Sitzung.

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 526. Sitzung (Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte) i.V.m. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 511. Sitzung (Empfehlung zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur) basiswirksam um die Veränderungsrate von -0,2130 % 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 -0,3892 % und die demografische Veränderungsrate von -0,0367 % sowie basiswirksam um eine weitere Veränderungsrate von +1,0 % aufgrund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 SGB V 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 2020 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 526. 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. ¹⁴Betrifft das Leistungen außerhalb der MGV, erfolgt eine Rückzahlung an die jeweilige Krankenkasse. ¹⁵Die 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 526. 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.

§ 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 die Jahre 2021 und 2022 gefördert:
 - 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. 10,33 Euro 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.
- (2) ¹Gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V i.V.m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 456. Sitzung werden die nachfolgenden besonders förderungswürdigen Leistungserbringer mit Wirkung ab 01.10.2020 bis 30.09.2022 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. 2 Cent auf den Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V für die Ärzte, die sich ab dem 01.10.2020 bis zum 31.12.2020 in Bezirken mit unterdurchschnittlichem Versorgungsgrad niedergelassen oder Stellen nachbesetzt haben, der Arztgruppe Hausärzte in Berliner Bezirken mit einem Versorgungsgrad <100% (gemäß Letter of Intent zur Versorgungssteuerung – kurz LOI) sowie Augenärzte, Frauenärzte und Kinderärzte in Berliner Bezirken mit einem Versorgungsgrad <95% (gemäß LOI). ³Der Zeitraum der gezielten Förderung ist pro Arzt auf maximal acht Quartale begrenzt. ⁴Eine Förderung im Hausarztbereich erfolgt nur dann, wenn überwiegend für einen Hausarzt typische Leistungen wie Impfungen, Hausbesuche und Vorsorgeuntersuchungen erbracht werden.
- (3) ¹Gemäß § 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 die Jahre 2021 und 2022 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. 2 Cent auf den Punktwert gemäß § 87a Abs.

2 Satz 1 und 2 SGB V für die Ärzte, die sich in Bezirken der Planungsbereiche 2 und 3 (Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick) 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 acht 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,
 - 125.000 Euro pro Quartal für die Förderung von Leistungen der Schmerztherapie,
 - 920.000 Euro pro Quartal für die Verbesserung der Versorgung von Patienten gem. Abs. 2 und 3

ausgegangen. ²Wird ein aufgeführtes, voraussichtliches Fördervolumen überschritten, erfolgt grundsätzlich eine Verständigung zwischen den Vertragspartnern über die zu ergreifenden Maßnahmen mit dem Ziel, die Ausgabenentwicklung zu begrenzen. ³Wird bei dem Fördervolumen für die Verbesserung der Versorgung von Patienten in Bezirken mit unterdurchschnittlichem Versorgungsgrad im Quartal die Grenze in Höhe von 1.000.000 Euro überschritten, wird vereinbart, in welchem Umfang der Überschreibungsbetrag mit Honorarsteigerungen verrechnet wird. ⁴Die KV Berlin unterrichtet die Vertragspartner unmittelbar nach Vorliegen der Abrechnungsdaten des Quartals.

§ 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	3,87 €
40222	7 bis 19 Uhr	im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius	7,61 €
40224	7 bis 19 Uhr	im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius	11,13 €
40226	19 bis 7 Uhr	im Kernbereich bei bis zu 2 km Radius	7,61 €
40228	19 bis 7 Uhr	im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius	11,86 €
40230	19 bis 7 Uhr	im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius	15,96 €

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. Strahlentherapie: Leistungen gemäß GOP 25228 bis 25230,
8. Phototherapeutische Keratektomie mit zugehörigen Kostenpauschalen für ophthalmologische Eingriffe nach EBM-Abschnitt 40.11,
9. Leistungen der Reproduktionsmedizin: GOPn 01510X bis 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510X, 08530X, 08531X, 08535X, 08537X 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 455. Sitzung, Änderungen der Bundesempfehlung werden durch die Vertragspartner unverzüglich berücksichtigt,
10. Substitutionsbehandlung nach EBM-Abschnitt 1.8,
11. Kostenpauschale Mifepriston nach GOP 40156,
12. 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,
13. Leistungen nach GOP 13622,
14. Leistungen nach EBM-Abschnitt 30.10,
15. Laborpauschalen nach GOP 32880 bis 32882,
16. Dialysesachkosten nach EBM-Abschnitt 40.14,
17. Leistungen der Balneophototherapie nach GOP 10350,
18. Leistung im Rahmen der Empfängnisregelung nach GOP 01833,
19. 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,
20. Neuropsychologische Therapie nach EBM-Abschnitt 30.11,
21. HIV-Resistenzprüfung nach GOP 32821,
22. 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,
23. 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,

24. Osteodensitometrische Untersuchung nach GOP 34601,
25. 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,
26. 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,
27. 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,
28. Leistungen nach GOP 04356 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 340. Sitzung,
29. 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,
30. 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,
31. Leistungen nach GOP 30810 und 30811 EBM gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 45. Sitzung am 26. Januar 2016; ab 1. April 2018: Leistungen nach GOP 30810 und 30811 EBM gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 45. Sitzung am 26. Januar 2016 i.V.m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 416. Sitzung Teil B,
32. 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,
33. Leistungen nach GOP 11304, 11449, 11514, 19406, 32865 und 32911 des EBM, Leistungen nach EBM-Abschnitt 19.4.2 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,
34. 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,
35. 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,
36. 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,
37. Leistungen nach GOP 86900 bis 86905 gemäß § 291f Abs. 1 (E-Health-Gesetz) für das Versenden bzw. Empfangen eines Arztbriefes,
38. 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,
39. 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,
40. 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,

41. 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,
42. 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,
43. Gesprächsleistungen nach GOP 35151, 35152 und 35254 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 SGB V in seiner 407. Sitzung mit Wirkung zum 01.04.2017,
44. 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,
45. 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,
46. Leistungen der GOP 01460, 01461 und 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,
47. 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,
48. 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,
49. Leistungen der GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943 und 32948 bis 32949 im Zusammenhang mit der HLA Antikörperdiagnostik gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 402. Sitzung,
50. 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,
51. 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,
52. Leistungen der GOP 32459, 32774 und 32775 im Zusammenhang mit der Diagnostik zur Antibiotikatherapie gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 54. Sitzung am 14. März 2018 mit Wirkung zum 1. Juli 2018 bis 30. Juni 2021,
53. 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,
54. 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,
55. 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,
56. 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,
57. 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,
58. 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 mit Wirkung zum 1. Januar 2019,
59. Leistungen der GOP 32480 und 32557 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 433. Sitzung mit Wirkung zum 1. April 2019 bis 31. März 2021,
60. 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 und

61. 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,
62. 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) gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 439. Sitzung mit Wirkung zum 11. Mai 2019,
63. Leistungen im Zusammenhang mit der TSVG-Konstellation gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 5 und 6 SGB V (Neupatient, offene Sprechstunde) gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 439. Sitzung mit Wirkung zum 1. September 2019,
64. Leistungen im Zusammenhang mit der TSVG-Konstellation gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 SGB V (TSS-Akutfall) gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 439. Sitzung mit Wirkung zum 11. Mai 2019, frühestens ab Implementierung des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens,
65. Leistungen der GOP 01516 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 439. Sitzung mit Wirkung zum 1. Juli 2019,
66. 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 441. Sitzung mit Wirkung zum 1. September 2019 bis 30. September 2021,
67. 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 441. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 bis 30. September 2021,
68. Leistungen der GOP 32362 und 32363 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 441. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2019,
69. Leistungen der GOP 01451 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 449. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2019,
70. 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,
71. 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,
72. Leistungen der GOP 01514 nach EBM-Abschnitt 1.5 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 454. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2019,
73. Leistungen der GOPn 01841, 11230 und 11233 bis 11236 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 448. Sitzung mit Wirkung zum 1. Januar 2020,
74. 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,
75. Leistungen der GOPn 08347, 13507, 19501 und 19502 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 455. Sitzung Teil C mit Wirkung zum 1. Januar 2020,
76. 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,
77. 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,
78. 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,

79. 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,
80. Leistungen der GOP 32866 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 487. Sitzung Teil B mit Wirkung zum 1. April 2020,
81. 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,
82. Leistungen der GOP 02402, 12221, 32811 und 40101 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 500. Sitzung Teil B mit Wirkung zum 15. Juni 2020 bis 31. März 2021,
83. 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 Suffices, abgerechnet werden mit Wirkung zum 1. Juli 2020,
84. Leistungen der GOP 01517 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 512. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2020,
85. 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,
86. 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,
87. 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,
88. 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,
89. 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,
90. 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,
91. 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,
92. 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,
93. Leistungen nach den GOP 32855 bis 32857 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 549. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. April 2021 und
94. Leistungen nach den GOP 01470 und 01471 gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 70. Sitzung, Teil D und E mit Wirkung zum 1. Januar 2021.

§ 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 vereinbarten MGV und 27,5 % der je Quartal erwarteten Vergütung für Einzelleistungen, Substitutionsbehandlungen der Drogenabhängigkeit und Pauschalen an die KV Berlin. ²Zahlungen aufgrund des nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs werden nicht berücksichtigt. ³Bei der Ermittlung der Abschlagszahlung für die MGV wird die gemäß § 87a Abs. 3a Satz 4 und Abs. 6 SGB V zuletzt verfügbare Versichertenzahl nach ANZVER87a berücksichtigt. ⁴Die erwartete Vergütung für Einzelleistungen und Substitutionsbehandlungen ergibt sich aus dem jeweiligen Punktzahlvolumen dieser Leistungen des Vorjahresquartals und dem jeweils aktuell vereinbarten Punktwert. ⁵Die erwartete Vergütung für Pauschalen ergibt sich aus der jeweiligen An-

zahl des Vorjahresquartals multipliziert mit den aktuell vereinbarten bzw. festgelegten Pauschalen. ⁶Bis zum Inkrafttreten einer Vergütungsvereinbarung für das Folgejahr wird die MGV des jeweiligen Vorjahresquartals bei der Berechnung der Abschlagzahlung zu Grunde gelegt.

- (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-Akzeptanz- 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 Klageerhebung 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 § 291 Abs. 2b Satz 9 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 2018 (§ 87a Abs. 3 Satz 4, Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V i.V.m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 513. 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 Verteilungsmaßstabes 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

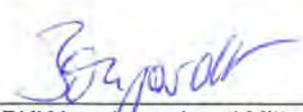
¹Dieser Vertrag tritt am 1. Januar 2021 in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 2021.

Berlin, Potsdam, Kassel, den **23. April 2021**

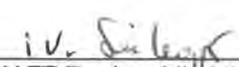

Kassenärztliche Vereinigung Berlin


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 Regionaldirektion Berlin


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	Berechnung
1	Ermittlung des basiswirksam vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfes aus der KASSRG87aMGV_SUM im VJQ in Punkten	
2	Ermittlung: Erhöhung um den erwarteten Mehrbedarf für die Höherbewertung bzw. Erhöhung um den erwarteten Mehrbedarf wegen Aufnahme neuer GOPén in den EBM	in 2021-1: erwarteter Mehrbedarf der GOPén 26310 und 26313 (mit Abstaffelungsquote) gem. Beschluss Bewertungsausschuss 455.Sitzung Teil D III., von 2021-1 bis 2021-2: erwarteter Mehrbedarf der neuen GOPén 04417 und 13577 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 506. Sitzung Teil B, von 2021-1 bis 2021-2: erwarteter Mehrbedarf der neuen GOPén 40460, 40461 und 40462 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 509. Sitzung, von 2021-1 bis 2021-3: erwarteter Mehrbedarf der GOPén 13691 und 13692 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 511. Sitzung
3	Ermittlung: Absenkung um den erwarteten Minderbedarf	von 2021-1 bis 2021-2: erwarteter Minderbedarf div. GOPén endoskopische Zusatzinstrumente gem. Beschluss des Bewertungsausschuss 509. Sitzung
4	Ergebnis: basiswirksam vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf inkl. Erhöhung um den erwarteten Mehrbedarf bzw. Absenkung aus Zeile 2 und 3	basiswirksam vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf aus Zeile 1 zuzüglich Erhöhungsbetrag aufgrund des erwarteten Mehrbedarf für GOPén 13691 und 13692 sowie 26310 und 26313 (mit Abstaffelungsquote) und erwarteter Mehrbedarf der neuen GOPén 04417 und 13577 und erwarteter Mehrbedarf der neuen GOPén 40460, 40461 und 40462 aus Zeile 2 abzüglich erwarteter Minderbedarf div. GOPén aus Zeile 3
5	Ergebnis: basiswirksam vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf aus der KASSRG87aMGV_SUM im VJQ (bzw. gem. den Vorgaben des BA-Beschlusses in seiner 526. Sitzung und den dazugehörigen InBA-Empfehlungen) in EURO	basiswirksam vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf aus KASSRG87aMGV_SUM im VJQ in Punkte aus Zeile 1 multipliziert mit vereinbartem Punktwert des VJQ
6	Ermittlung: Summe der auszudeckelnden Leistungen mit Abstaffelungsquote aus ARZTRG87aKA_SUM im VJQ (bzw. gem. den Vorgaben des BA-Beschlusses in seiner 526. Sitzung und den dazugehörigen InBA-Empfehlungen) nach EURO_GO	obsolet
7	Ermittlung: Summe der auszudeckelnden Leistungen mit Abstaffelungsquote aus ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ (bzw. gem. den Vorgaben des BA-Beschlusses in seiner 526. Sitzung und den dazugehörigen InBA-Empfehlungen) nach EURO_GO	obsolet
8	Ergebnis: Leistungsbedarf in EURO der bereinigenden Leistungen mit Abstaffelungsquote abzüglich der ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ (bzw. gem. den Vorgaben des BA-Beschlusses in seiner 526. Sitzung und den dazugehörigen InBA-Empfehlungen)	obsolet
9	Ermittlung der einzudeckelnden Leistungen ohne Abstaffelung nach Euro_GO (bzw. gem. den Vorgaben des BA-Beschlusses in seiner 526. Sitzung und den dazugehörigen InBA-Empfehlungen)	von 2021-2 bis 2021-4: Eindeckelung der GOPén 32480 und 32557 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 433.Sitzung, von 2021-3 bis 2021-4: Eindeckelung der GOPén 32459, 32774 und 32775 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 54.Sitzung, in 2021-4: Eindeckelung des Abschnittes 1.7.8 und die GOP 32850 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 441.Sitzung,
10	Ermittlung des insgesamt tatsächlich abgerechneten MGV-Brutto-Leistungsbedarfs ARZTRG87aKA_SUM im VJQ (bzw. gem. den Vorgaben des BA-Beschlusses in seiner 526. Sitzung und den dazugehörigen InBA-Empfehlungen) nach EURO-GO	
11	Ermittlung der insgesamt tatsächlich abgerechneten NVI-Leistungen aus ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ (bzw. gem. den Vorgaben des BA-Beschlusses in seiner 526. Sitzung und den dazugehörigen InBA-Empfehlungen) in EURO	
12	Ergebnis: Insgesamt tatsächlich abgerechneter MGV-Brutto-Leistungsbedarf nach Abzug der ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ (bzw. gem. den Vorgaben des BA-Beschlusses in seiner 526. Sitzung und den dazugehörigen InBA-Empfehlungen) in EURO	Insgesamt tatsächlich abgerechneter MGV-Leistungsbedarf aus ARZTRG87aKA_SUM im VJQ aus Zeile 10 minus insgesamt tatsächlich abgerechneter NVI-Leistungsbedarf aus ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ aus Zeile 11 in EURO
13	Ergebnis: Abstaffelungsquote	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf aus der KASSRG87aMGV_SUM im VJQ aus Zeile 5 dividiert durch tatsächlich abgerechneter Leistungsbedarf ohne NVI aus Zeile 12 in EURO
14	Ergebnis: Abgestaffelter Leistungsbedarf der auszudeckelnden Leistungen in EURO	Leistungsbedarf der auszudeckelnden Leistungen mit Abstaffelung aus Zeile 8 multipliziert mit Abstaffelungsquote aus Zeile 13 in EURO - obsolet

Anlage 1 Musterberechnung zur Ermittlung der Aufsatzwerte

15	Ergebnis: Leistungsbedarf der gesamten Abgrenzung (aus-und einzudeckelnden Leistungen) in Punkten	Leistungsbedarf der auszudeckelnden Leistungen (mit Abstufung) aus Zeile 14 minus Leistungsbedarf der einzudeckelnden Leistungen (ohne Abstufung) aus Zeile 9 dividiert durch vereinbarten Punktwert des VJQ
16	Eindeckelung zu erwarteten Mehrbedarf bzw. neue GOP – 1.551.000 Punkte – Fester Wert Ausdeckelung aufgrund elektronisch übermittelter Briefe – 2.448.000 Punkte (für 1_2021 und 2_2021) bzw. 1.015.000 Punkte (für 3_2021 und 4_2021) – Fester Wert Absenkung – Antibiotikatherapie – 1.202.990 Punkte – Fester Wert Erhöhung wegen erwarteten Mehrbedarf aufgrund wissenschaftl. und techn. Fortschritts Kap. 11 - 4.436.161 Punkte – Fester Wert	in 2021-1: Erhöhung wegen erwarteten Mehrbedarf (EBM Änderungen) der GOPén 01700, 01701, 01823, 01824, 01840 und 40100 lt. Empfehlung des Beschluss 455. Sitzung Teil D _I. von 1_2021 bis 4_2021: Bereinigung wegen elektronisch übermittelter Briefe lt. Beschluss 480. Sitzung von 2021-1 bis 2021-2: Absenkung Antibiotikatherapie lt. Beschluss 504. Sitzung von 1_2021 bis 4_2021: Erhöhung wegen erwarteten Mehrbedarf aufgrund wissenschaftl. und techn. Fortschritts Kap. 11 lt. Beschluss 547. Sitzung Teil B
17	Ergebnis: Infolge von Änderungen der MGV-/EGV-Abgrenzung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 383. Sitzung neu berechneter vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf in Punkten des VJQ	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf aus der KASSRG87aMGV_SUM im VJQ inkl. Erhöhung bzw. Absenkung um den erwarteten Mehrbedarf bzw. Minderbedarf aus Zeile 4 abzüglich des Leistungsbedarfes der gesamten Abgrenzung aus Zeile 15 zuzüglich Eindeckelung zu erwarteten Mehrbedarf bzw. neue GOP – fester Wert aus Zeile 16 abzüglich Bereinigung aufgrund elektronisch übermittelter Briefe – fester Wert aus Zeile 16 abzüglich Absenkung Antibiotikatherapie - fester Wert aus Zeile 16 zuzüglich Erhöhung wegen erwarteten Mehrbedarf aufgrund wissenschaftl. und techn. Fortschritts Kap. 11 aus Zeile 16
18	Ermittlung des ASV-Differenzbereinigungsvolumen in Punkte gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 439. Sitzung	
19	Ermittlung des Bereinigungsverzichts gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 383.Sitzung aus der SV-BEVERZICHT_SUM in Punkte	
20	Anpassung des Behandlungsbedarfes aufgrund Behebung des Kassenwechslereffektes gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 513. Sitzung	0,0312%
21	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 und zuzüglich 0,0312% Kassenwechslereffektes gemäß Nr. 2.2.1.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses 383.Sitzung	basiswirksam vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf VJQ in Punkten aus Zeile 17 minus ASV-Differenzbereinigungsvolumen in Punkte aus Zeile 18 minus Bereinigungsverzicht aus Zeile 19 multipliziert mit Faktor 1,000312 wegen Kassenwechslereffekt aus Zeile 20
22	Ermittlung des insgesamt tatsächlich abgerechneten MGV-Brutto-Leistungsbedarfs ohne auszudeckelnde Leistungen in Punkten aus ARZTRG87aKA_SUM im VJQ (bzw. gem. den Vorgaben des BA-Beschlusses in seiner 526. Sitzung und den dazugehörigen InBA-Empfehlungen) abzüglich der sich nach § 3 Abs. 1 Satz 9 Honorarvertrag insgesamt ergebenden Korrekturen	
23	Ermittlung der insgesamt tatsächlich abgerechneten NVI-Leistungen ohne auszudeckelnde Leistungen in Punkten aus ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ (bzw. gem. den Vorgaben des BA-Beschlusses in seiner 526. Sitzung und den dazugehörigen InBA-Empfehlungen)	
24	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 9 Honorarvertrag je KK im VJQ (bzw. gem. den Vorgaben des BA-Beschlusses in seiner 526. Sitzung und den dazugehörigen InBA-Empfehlungen) ergebenden Korrekturen	Tatsächlich abgerechneter MGV-Leistungsbedarf aus ARZTRG87aKA_SUM im VJQ in Punkten aus Zeile 22 minus tatsächlich abgerechnete NVI-Leistungen in Punkten aus Zeile 23 zuzüglich einzudeckelnde Leistungen: in 2021-1: Mehrbedarf GOPén 26310 und 26313 von 2021-1 bis 2021-2: Mehrbedarf GOPén 04417 und 13577 von 2021-1 bis 2021-2: erwarteter Mehrbedarf der neuen GOPén 40460, 40461 und 40462 von 2021-1 bis 2021-3: erwarteter Mehrbedarf der GOPén 13691 und 13692 von 2021-2 bis 2021-4: Eindeckelung der GOPén 32480 und 32557 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 433.Sitzung, von 2021-3 bis 2021-4: Eindeckelung der GOPén 32459, 32774 und 32775 gem. Beschluss Erw. Bewertungsausschuss 54.Sitzung, in 2021-4: Eindeckelung des Abschnittes 1.7.8 und die GOP 32850 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 441.Sitzung, abzüglich

Anlage 1 Musterberechnung zur Ermittlung der Aufsatzwerte

		von 2021 -1 bis 2021 -2: erwarteter Minderbedarf div. GOPén endoskopische Zusatzinstrumente
	Kassenspezifisch	
25	Ermittlung des tatsächlich abgerechneten MGV-Brutto-Leistungsbedarfs ohne auszudeckelnde Leistungen aus der ARZTRG87aKA_IK gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 526. Sitzung im VJQ (bzw. gem. den Vorgaben des BA-Beschlusses in seiner 526. Sitzung und den dazugehörigen InBA-Empfehlungen) je KK in Punkten abzüglich der sich nach § 3 Abs. 1 Satz 9 Honorarvertrag je KK im VJQ ergebenden Korrekturen	
26	Ermittlung der abgerechneten NVI-Leistungen ohne auszudeckelnde Leistungen aus der ARZTRG87aNVI_IK im VJQ (bzw. gem. den Vorgaben des BA-Beschlusses in seiner 526. Sitzung und den dazugehörigen InBA-Empfehlungen) je KK in Punkten	
27	Ergebnis: Tatsächlich abgerechneter Leistungsbedarf ohne auszudeckelnde Leistungen nach Abzug der ARZTRG87aNVI_IK im VJQ (bzw. gem. den Vorgaben des BA-Beschlusses in seiner 526. Sitzung und den dazugehörigen InBA-Empfehlungen) je KK in Punkten inkl. der einzudeckelnden Leistungen	Tatsächlich abgerechneter Leistungsbedarf aus Zeile 25 minus tatsächlich abgerechneter NVI-Leistungsbedarf aus Zeile 26 in Punkten zuzüglich einzudeckelnde Leistungen: in 2021-1: Mehrbedarf GOPén 26310 und 26313 von 2021-1 bis 2021-2: Mehrbedarf GOPén 04417 und 13577 von 2021-1 bis 2021-2: erwarteter Mehrbedarf der neuen GOPén 40460, 40461 und 40462 von 2021-1 bis 2021-3: erwarteter Mehrbedarf der GOPén 13691 und 13692 von 2021-2 bis 2021-4: Eindeckelung der GOPén 32480 und 32557 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 433.Sitzung, von 2021-3 bis 2021-4: Eindeckelung der GOPén 32459, 32774 und 32775 gem. Beschluss Erw. Bewertungsausschuss 54.Sitzung, in 2021-4: Eindeckelung des Abschnittes 1.7.8 und die GOP 32850 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 441.Sitzung, abzüglich von 2021 -1 bis 2021 -2: erwarteter Minderbedarf div. GOPén endoskopische Zusatzinstrumente
28	Ergebnis: Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten im VJQ	Ergebnis tatsächlich abgerechneter kassenspezifischer Leistungsbedarf nach Abzug der NVI in Punkten inkl. einzudeckeln-der Leistungen in Punkten aus Zeile 27 dividiert durch Ergebnis tatsächlich abgerechneter Leistungsbedarf in Punkten nach Abzug der NVI in Punkten inkl. einzudeckelnder Leistungen aus Zeile 24 multipliziert mit Ergebnis des neu berechneten Behandlungsbedarfs in Punkten des VJQ aus Zeile 21
29	Ermittlung des Bereinigungsverzichts gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 383.Sitzung aus der SV-BEVERZICHT_IK	
30	Ergebnis: Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten des VJQ zuzüglich des Bereinigungsverzichts	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten des VJQ aus Zeile 28 zuzüglich des Bereinigungsverzichts aus Zeile 29
31	Ermittlung der Anzahl der Versicherten der jeweiligen KK im VJQ	
32	Ergebnis: Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten des VJQ je Versicherten	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten des VJQ inkl. Erhöhung des Bereinigungsverzichts aus Zeile 30 dividiert durch Anzahl der Versicherten der jeweiligen KK im VJQ aus Zeile 31
33	Ermittlung der Anzahl der Versicherten der jeweiligen KK im aktuellen Quartal	
34	Ergebnis: Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten für das aktuelle Quartal 2020	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten des VJQ inkl. Erhöhung des Bereinigungsverzichts je Versicherten aus Zeile 32 multipliziert mit Anzahl der Versicherten der jeweiligen KK des aktuellen Quartals aus Zeile 33
35	Ermittlung Gesamtleistungsbedarf Strahlentherapie Kap. 25 (ohne die GOPn 25228 bis 25230) und 40840 und 40841 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 513. Sitzung in Punkten über alle Kassen	
36	Ermittlung Leistungsbedarf Strahlentherapie Kap. 25 (ohne die GOPn 25228 bis 25230) und 40840 und 40841 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 513. Sitzung in Punkten je Kasse	
37	Ergebnis: Erhöhung je Quartal lt. Beschluss des Bewertungsausschusses 513. Sitzung in Punkten je Kasse	festgelegtes Punktvolumen je Quartal aus Beschluss dividiert durch Gesamtsumme Leistungsbedarf Strahlentherapie aus Zeile 35 und multipliziert mit Leistungsbedarf je Kasse aus Zeile 36

Anlage 1 Musterberechnung zur Ermittlung der Aufsatzwerte

38	Ergebnis: Kassenspezifischer bereinigter Aufsatzwert in Punkten für das aktuelle Quartal 2021	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten für das aktuelle Quartal 2021 aus Zeile 34 zuzüglich Erhöhung Strahlentherapie aus Zeile 37 in Punkten der jeweiligen KK
----	--	--

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	P	Q	R	S	
1	VKNR	IK	KT-Gruppe	Name	Kassenspezifischer Aufsatzwert in Punkte Anpassung der MGW um Veränderungsrate für Berlin für 2021 gem. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 i.V.m. Satz 3 SGB V und gem. 511, BWA-Beschluss: 0,213%	Anpassung MGW wegen Verlagerungseffekt zwischen akutstationären und vertragsärztlichen Versorgung 1%	Kassenspezifischer bereinigter Aufsatzwert in Punkten gem. Beschluss BWA inkl. Anpassung nach § 87a Abs. 4 SGB V inkl. Verlagerungseffekt	für das aktuelle Abrechnungsquartal aktualisierte vertrags-spezifische Gesamt-bereinigungsmenge je Versicherten je Krankenkasse 2021-1	Versicherte gem. ANZVER87a VJQ Quartal 2020-1	Versicherte gem. ANZVER87a AQ Quartal 2021-1	Ergebnis: Differenz der Versicherten des aktuellen Quartals zum VJQ je Krankenkasse	Ergebnis: Vertrags-spezifische Bereinigungsmenge in Punkten für 2021-1	Kassenspezifischer bereinigter Aufsatzwert in EURO gemäß BWA Beschluss inkl. Anpassung nach § 87a Abs. 4 SGB V	Bereinigung Selektivvertrag in Euro	Basiswirksamer Anteil MGW in Euro Quartal 2021-1	angepasster Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten des VjQ. in Punkte zur Ermittlung Anteil je Krankenkasse an nicht basiswirksame Absenkung Antibiotikatherapie gem. Beschlusses 504. Sitzung 1_2021 bis 2_2021 1_2021 bis 2_2021	nicht basiswirksame Absenkung Antibiotikatherapie gem. Beschlusses 504. Sitzung 1_2021 bis 2_2021	Zahlungsrelevante MGW in Euro	
2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
3						-3,0021300	0,0100000			3.043.055	3.116.533			2.111.244 €			2.597.159.173,4	66.374,00 €	
4	72123	101000000	2	Musterkasse	1.500.000,000000	-3.195,0000000	15.000,0000000	1.511.805,0000000	1.2345678	1.500	2.000	500	617.2839000	168.247.9045502 €	500,00 €	167.747,90 €	9.000.000,00	249,2	167.498,70 €

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

=E4+F4+G4
=RUNDEN(E4*\$G\$3;7)

=K4-J4

=RUNDEN(M4*L4;7)

=RUNDEN((H4+M4)*\$N\$3;7)

=N4-O4

=P4-R4
=RUNDEN(\$R\$3/\$Q\$3*Q4;2)

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: 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)	10,33 € 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><u>Steigerung des Behandlungserfolges</u> 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>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:</p> <p>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	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)	<p>Extrabudgetärer Zuschlag auf den regionalen Vergütungspunktwert nach § 2 Abs. 2:</p> <p style="text-align: center;">3 Cent</p> <p>Das voraussichtliche Fördervolumen beträgt für die GOP 30702 und 30704 500.000 € pro Jahr.</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 im Planungsbereich 2 und 3 mit Versorgungsgrad <100% (LOI¹), Kinderärzte, Frauenärzte und Augenärzte in den Bezirken Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick mit Versorgungsgrad <95% (LOI)</p> <p>Datenbasis zum Aufgreifen der betroffenen Bezirke aus den Planungsbereichen 2 und 3: LOI (Stand: 01.01.2020)</p>	<p><u>Förderung von Leistungserbringern in kleinräumigen unterdurchschnittlich versorgten Regionen innerhalb eines Planungsbereiches der Planungsbereiche 2 und 3</u></p> <p>i.S. vermehrter Niederlassung und/oder Nachbesetzung innerhalb der betroffenen Bezirke mit unterdurchschnittlicher Versorgung (bezogen auf die vier genannten Arztgruppen)</p> <p>Ziel: Erreichung der jeweiligen bezirklichen Versorgungsgrade von 100% (HÄ) bzw. 95% (FÄ)</p> <p>Evaluationszeitraum: ab 01.10.2020 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 01.10.2020 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;">2 Cent</p> <p>Das voraussichtliche Fördervolumen beträgt pro Jahr 3.680.000 €.</p>

¹ 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.</p>	Bewertung gemäß GOP 01412 EBM
--------	--	-------------------------------

Protokollnotiz

Protokollnotiz zum Honorarvertrag:

Die Inhalte des Honorarvertrages resultieren aus dem Beschluss des Landesschiedsamtes vom 17.02.2021.

Die Krankenkassenverbände in Berlin haben gegen diesen Beschluss Klage eingereicht (AZ L 7 KA 10/21 KL). Die Zahlungen der Krankenkassen auf der Grundlage des Beschlusses des Landesschiedsamtes vom 17.02.2021 erfolgen insoweit unter Vorbehalt. Sollte die Klage (teilweise) im Sinne der Krankenkassenverbände rechtskräftig entschieden werden, hat die KV Berlin die sich daraus ergebenden Überzahlungen an die einzelnen Krankenkassen zurückzuführen. Die KV Berlin wird die Arztvergütungen dementsprechend unter Vorbehalt auszahlen bzw. angemessene Rückstellungen bilden.

Die KV Berlin hat gegen diesen Beschluss Klage eingereicht (AZ L 7 KA 11/21 KL). Sollte die Klage (teilweise) im Sinne der KV Berlin rechtskräftig entschieden werden, haben die Krankenkassen die sich daraus ergebenden Zahlungen an die KV Berlin zu leisten.