

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
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis
gemäß § 212 Abs. 5 Satz 7 SGB V
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter 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 2019 bis 31. Dezember 2019
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 425. 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 57. Sitzung vom 21. August 2018 zur Festlegung gemäß § 87 Abs. 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2019 in Höhe von 10,8226 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 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 und Förderungswürdige Leistungen

(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 401. 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 401. Sitzung um die Differenzbereinigungsmenge aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung bereinigt.

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

- in dem Quartal 2019-1 die Leistungen der GOP 01611 EBM gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 416. Sitzung;
- begrenzt auf 4 Abrechnungsquartale eines Jahreszeitraumes (ab Inkrafttreten der jeweiligen Vergütungsregelungen des TSVG) die in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 bis 6 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals und der vom Bewertungsausschuss in seiner 444. Sitzung beschlossenen Vorgaben,
- in den Quartalen 2019-2 bis 2019-4 die Leistungsmenge 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) mit der quartalsweisen Abstaffelungsquote.

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

- im Quartal 2019-1 um den Behandlungsbedarf für die GOP 30800 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 416. Sitzung i.V.m. dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 45. Sitzung gemäß dem Verfahren des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung i.d.F. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung mit einer Abstaffelungsquote in Höhe von 1,0,
- in den Quartalen 2019-1 bis 2019-2 um 599.066 Punkte je Quartal für den erwarteten Mehrbedarf der GOP 32151, 32720 bis 32727, 32750 bis 32763, 32772 und 32773 gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 54. Sitzung Teil B,
- in den Quartalen 2019-1 bis 2019-3 um 201.217 Punkte je Quartal für den Mehrbedarf aufgrund der Aufnahme der GOP 01624 in den EBM gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 417. Sitzung Teil B,
- in den Quartalen 2019-1 bis 2019-3 um 51.692 Punkte je Quartal für den Mehrbedarf aufgrund der Aufnahme der GOP 19317 in den EBM gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 423. Sitzung Teil C,
- in den Quartalen 2019-1 bis 2019-4 um den erwarteten Mehrbedarf für die Höherbewertung der osteodensitometrischen Untersuchung I nach GOP 34600 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung Teil B,
- in den Quartalen 2019-1 bis 2019-4 um den erwarteten Mehrbedarf für die Höherbewertung der GOP 03000 und 04000 in der Altersklasse ab Beginn des 76. Lebensjahr gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung Teil B,
- in dem Quartal 2019-1 bis 2019-4 die Leistungen nach GOP 22220 und 23220 EBM gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 407. Sitzung,
- in dem Quartal 2019-4 die Leistungen der EBM-Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V seiner 408. Sitzung vom 10.11.2017,

- in den Quartalen 2019-2 bis 2019-4 um den erwarteten Mehrbedarf für die Höherbewertung der GOP 06211 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 435. Sitzung Teil B sowie
- in den Quartalen 2019-1 bis 2019-4 um 1,8 Mio. Punkte je Quartal für die Behebung des Kassenwechslereffekts für das Jahr 2019 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung.

⁵Die Fortentwicklung der ermittelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 43. Sitzung am 22. September 2015, geändert durch den Beschluss in seiner 380. Sitzung, ist zur Bildung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes in EURO zu berücksichtigen.

⁶Die 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 401. Sitzung (Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte) i.V.m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung vom 12. Dezember 2018 (Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur) basiswirksam um die Veränderungsrate von 0,0573 % 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 0,3842 % und die demografische Veränderungsrate von - 0,2697 % für den KV Bereich Berlin erhöht.

⁷Die 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. ⁸Die 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 2018 erfolgten kassenseitigen Rechnungslegung in der Satzart KASSRG87aMGV.

⁹Gemäß Nr. 2.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung i.d.F. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung werden für das Vorjahresquartal bekannte bestandskräftige Prüfergebnisse nach § 106d SGB V bzw. § 106a SGB V a. F. (Altfälle) bei dieser Anpassung berücksichtigt. ¹⁰Sind 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. ¹¹Diese Reduzierung der Leistungsmenge erfolgt im nächsten, auf die Einigung bzw. die Rechtskraft des Urteils folgenden Abrechnungsquartal. ¹²Eine rückwirkende Änderung der Datengrundlagen (ARZTRG- und KASSRG-Daten) zur Bestimmung der Aufsatzwerte findet nicht statt. ¹³Die über alle Krankenkassen insgesamt zu zahlende MGV verändert sich nicht. ¹⁴Diese Regelung berücksichtigt alle Prüfanträge der Krankenkassen für abgerechnete Leistungen ab dem 1. Quartal 2016. ¹⁵Betrifft das Leistungen außerhalb der MGV, erfolgt eine Rückzahlung an die jeweilige Krankenkasse. ¹⁶Die 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 401. 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) 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 ab 01.04.2019 zu den Preisen der regionalen EURO-Gebührenordnung aus der MGV vergütet.
 (7) ¹Hausbesuchsleistungen durch den ÄBD zu Sprechstundenzeiten werden ab dem 01.07.2019 mit der Abrechnung der GOP 01412T aus Mitteln der MGV vergütet.

§ 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	3,73 €
40222	7 bis 19 Uhr	im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius	7,34 €
40224	7 bis 19 Uhr	im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius	10,73 €
40226	19 bis 7 Uhr	im Kernbereich bei bis zu 2 km Radius	7,34 €
40228	19 bis 7 Uhr	im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius	11,43 €
40230	19 bis 7 Uhr	im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius	15,39 €

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 nach EBM-Kapitel 25 und zugehörige Kostenpauschalen für Sachkosten der Strahlentherapie nach EBM-Abschnitt 40.15 (GOP 40840 und 40841),
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, 08540X bis 08542X, 08550X bis 08552X, 08560X, 08561X, 11301X, 11302X, 11351X, 11352X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X und 36822X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den GOP 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X und 32781X; bis 31.03.2019: GOP 08570X bis 08574X; ab 01.04.2019: GOP 08575X, 08576X, 11501X bis 11503X, 11506X, 11508X gemäß der Empfehlung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 376. und ab 01.04.2019 432. 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 und 32822,
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 der EBM-Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 bis Quartal 2019-3 und 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,
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,
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 mit Wirkung zum 1. April 2019,
62. Leistungen im Zusammenhang mit der TSVG-Konstellation gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nm. 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 Nm. 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 und 32818 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,
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 zum 1. Oktober 2019,
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 und
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.

§ 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 Anzahl 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 Abschlagszahlung 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-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 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) ¹Bei einem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2016 (§ 87a Abs. 3 Satz 4, Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V i.V.m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung) verständigen sich die Vertragspartner über die Verwendung der zusätzlichen Zahlungen.
- (7) ¹Fällt der Zahltag der Restzahlung auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag, gilt der folgende Arbeitstag als Zahltag.
- (8) 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

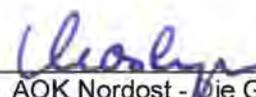
¹Das Abrechnungsverfahren zwischen der KV Berlin und den Ärzten und Psychotherapeuten wird in einer von der KV Berlin erstellten Abrechnungsordnung (Statuten der KV Berlin) geregelt.

§ 9
Geltungszeitraum

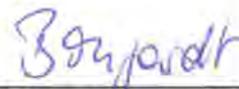
¹Dieser Vertrag tritt am 1. Januar 2019 in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 2019.

Berlin, Potsdam, Kassel, den **21. Okt. 2019**


Kassenärztliche Vereinigung Berlin


AOK Nordost - Die Gesundheitskasse


Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg


BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Berlin und Brandenburg


BIG direkt gesund


Knappschaft Regionaldirektion Berlin


SVLFG als landwirtschaftliche Krankenkasse

Anlagen:

- Anlage 1 Musterberechnung zur Ermittlung der Aufsatzwerte und
Musterberechnung zur Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je
Krankenkasse

Protokollnotiz

- Etablierung eines Hausbesuchsdienstes im KV Bereich Berlin gemäß § 3 Abs. 7:

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.) <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 EBM
--------	---	---------------------

Die Vertragspartner verständigen sich bis zum 01.11.2019 über die Definition, in welchen Fällen der Hausbesuchsdienst in Anspruch genommen werden soll.

- Bzgl. der Umsetzung des TSVG hinsichtlich der Bereinigung der MGV gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 444. Sitzung:

Zur Ermöglichung kassenseitiger Prüfungen und Plausibilisierung verständigen sich die Partner des Honorarvertrages, ob eine Anpassung der Zahlungsfrist der Gesamtvergütung und der Höhe der dafür zu leistenden Abschlagszahlungen notwendig ist.

Anlage 1 Musterberechnung zur Ermittlung der Aufsatzwerte 2019

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	von 2019-1 bis 2019-4: GOP 34600, 03000 und 04000 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 430.Sitzung Teil B von 2019-2 bis 2019-4: GOP 06211 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 435.Sitzung Teil B
3	Ergebnis: basiswirksam vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf inkl. Erhöhung um den erwarteten Mehrbedarf für die Höherbewertung	basiswirksam vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf aus Zeile 1 zuzüglich Erhöhungsbetrag aufgrund des erwarteten Mehrbedarf für GOP 34600, 03000, 04000 und 06211 aus Zeile 2
4	Ergebnis: basiswirksam vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf aus der KASSRG87aMGV_SUM im VJQ in EURO	basiswirksam vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf aus KASSRG87aMGV_SUM im VJQ in Punkte aus Zeile 1 multipliziert mit vereinbartem Punktwert des VJQ
5	Ermittlung: Summe der auszudeckelnden Leistungen ohne Abstufung aus ARZTRG87aKA_SUM im VJQ nach EURO_GO	bis 2019-1 Ausdeckung der GOP 01611 (ohne Abstufung) gem. Beschluss Bewertungsausschuss 416.Sitzung
6	Ermittlung: Summe der auszudeckelnde Leistungen ohne Abstufung aus ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ nach EURO_GO	bis 2019-1 Ausdeckung der GOP 01611 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 416. Sitzung
7	Ergebnis: Leistungsbedarf in EURO der zu bereinigenden Leistungen ohne Abstufung abzüglich der ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ	Auszudeckelnde Leistungen aus ARZTRG87aKA_SUM im VJQ aus Zeile 5 minus auszudeckelnde Leistungen aus der ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ aus Zeile 6
8	Ermittlung: Summe der auszudeckelnden Leistungen aus VJQ mit Abstufung	von 2019-2 bis 2019-4: Anästhesieleistungen lt. § 3 Abs. 1 des Honorarvertrages 2019 aus VJQ
9a	Ermittlung der einzudeckelnden Leistung ohne Abstufung	bis 2019-1: GOP 30800 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 416. Sitzung i.V.m. Beschluss des Erw. Bewertungsausschusses 45. Sitzung (ohne Abstufung)
9b	Ermittlung der einzudeckelnden Leistung mit Abstufung	von 2019-1 bis 2019-4: GOP 22220 und 23220 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 407.Sitzung (mit Abstufung) 2019-4: EBM-Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 408.Sitzung (mit Abstufung)
10	Ermittlung des insgesamt tatsächlich abgerechneten MGV-Brutto-Leistungsbedarfs ARZTRG87aKA_SUM im VJQ nach EURO-GO	
11	Ermittlung der insgesamt tatsächlich abgerechneten NVI-Leistungen aus ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ in EURO	
12	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 Zeile 10 minus insgesamt tatsächlich abgerechneter NVI-Leistungsbedarf aus ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ aus Zeile 11 in EURO
13	Ergebnis: Abstufungsquote	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf aus der KASSRG87aMGV_SUM im VJQ aus Zeile 4 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 Abstufung aus Zeile 8 multipliziert mit Abstufungsquote aus Zeile 13 in EURO
15	Ergebnis: Abgestaffelter Leistungsbedarf der einzudeckelnden Leistungen in EURO	Leistungsbedarf der einzudeckelnden Leistungen aus Zeile 9b (mit Abstufung) multipliziert mit Abstufungsquote aus Zeile 13 in EURO
16	Ergebnis: Leistungsbedarf der gesamten Abgrenzung (aus- und einzudeckelnden Leistungen) in Punkten	Leistungsbedarf der auszudeckelnden Leistungen aus Zeile 7 (ohne Abstufung) zuzüglich Leistungsbedarf der auszudeckelnden Leistungen (mit Abstufung) aus Zeile 14 minus Leistungsbedarf der einzudeckelnden Leistungen aus Zeile 15 (mit Abstufung) minus Leistungsbedarf der einzudeckelnden Leistungen (ohne Abstufung) aus Zeile 9a dividiert durch vereinbarten Punktwert des VJQ
17	Eindeckelung zu erwarteten Mehrbedarf bzw. neue GOP – fester Wert	bis 2019-2: Antibiotikatherapie gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses 54.Sitzung – 599.066,0 Punkte bis 2019-3: GOP 19317 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 423.Sitzung – 51.692,0 Punkte bis 2019-3: GOP 01624 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 417.Sitzung – 201.217,0 Punkte

Anlage 1 Musterberechnung zur Ermittlung der Aufsatzwerte 2019

18	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 um den erwarteten Mehrbedarf für die Höherbewertung aus Zeile 3 abzüglich des Leistungsbedarfes der gesamten Abgrenzung aus Zeile 16 zuzüglich Eindeckelung zu erwarteten Mehrbedarf bzw. neue GOP – fester Wert aus Zeile 17
19	Ermittlung des ASV-Differenzbereinigungsvolumen in Punkte gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 383. Sitzung	
20	Ermittlung des Bereinigungsverzichts gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 383. Sitzung aus der SV-BEVERZICHT_SUM in Punkte	
21	Anpassung des Behandlungsbedarfes aufgrund Behebung des Kassenwechslereffektes gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 439. Sitzung	1,8 Mio, Punkte
22	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 des Bewertungsausschusses 383. Sitzung	basiswirksam vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf VJQ in Punkten aus Zeile 18 minus ASV-Differenzbereinigungsvolumen in Punkte aus Zeile 19 minus Bereinigungsverzicht aus Zeile 20 zuzüglich Kassenwechslereffekt aus Zeile 21
23	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	bis 2019-1: ohne GOP 01611 von 2019-2 bis 2019-4: ohne Anästhesieleistungen lt. § 3 Abs. 1 des Honorarvertrages 2019 aus VJQ
24	Ermittlung der insgesamt tatsächlich abgerechneten NVI-Leistungen ohne auszudeckelnde Leistungen in Punkten aus ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ	bis 2019-1: ohne GOP 01611 von 2019-2 bis 2019-4 ohne Anästhesieleistungen lt. § 3 Abs. 1 des Honorarvertrages 2019 aus VJQ
25	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 ergebenden Korrekturen	Tatsächlich abgerechneter MGV-Leistungsbedarf aus ARZTRG87aKA_SUM im VJQ ohne auszudeckelnden Leistungen in Punkten aus Zeile 23 minus tatsächlich abgerechnete NVI-Leistungen ohne auszudeckelnde Leistungen in Punkten aus Zeile 24 zuzüglich einzudeckelnde Leistungen: in 2019-1: GOP 30800 von 2019-1 bis 2019-4: GOP 34600, 03000 und 04000, 22220 und 232220 von 2019-2 bis 2019-4: GOP 06211 2019-4: EBM-Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5
Kassenspezifisch		
26	Ermittlung des tatsächlich abgerechneten MGV-Brutto-Leistungsbedarfs ohne auszudeckelnde Leistungen aus der ARZTRG87aKA_IK gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 383. Sitzung im VJQ je KK in Punkten abzüglich der sich nach § 3 Abs. 1 Satz 9 Honorarvertrag je KK im VJQ ergebenden Korrekturen	bis 2019-1: ohne GOP 01611 von 2019-2 bis 2019-4: ohne Anästhesieleistungen lt. § 3 Abs. 1 des Honorarvertrages 2019 aus VJQ
27	Ermittlung der abgerechneten NVI-Leistungen ohne auszudeckelnde Leistungen aus der ARZTRG87aNVI_IK im VJQ je KK in Punkten	bis 2019-1: ohne GOP 01611 von 2019-2 bis 2019-4: ohne Anästhesieleistungen lt. § 3 Abs. 1 des Honorarvertrages 2019 aus VJQ
28	Ergebnis: Tatsächlich abgerechneter Leistungsbedarf ohne auszudeckelnde Leistungen nach Abzug der ARZTRG87aNVI_IK im VJQ je KK in Punkten inkl. der einzudeckelnden Leistungen	Tatsächlich abgerechneter Leistungsbedarf aus Zeile 26 minus tatsächlich abgerechneter NVI-Leistungsbedarf aus Zeile 27 in Punkten zuzüglich einzudeckelnde Leistungen: in 2019-1: GOP 30800 von 2019-1 bis 2019-4: GOP 34600, 03000 und 04000, 22220 und 232220 von 2019-2 bis 2019-4: GOP 06211 2019-4: EBM-Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5
29	Ergebnis: Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten im VJQ	Ergebnis tatsächlich abgerechneter kassenspezifischer Leistungsbedarf nach Abzug der NVI und ohne auszudeckelnden Leistungen in Punkten inkl. einzudeckelnder Leistungen in Punkten aus Zeile 28 dividiert durch Ergebnis tatsächlich abgerechneter Leistungsbedarf in Punkten nach Abzug der NVI in Punkten inkl. einzudeckelnder Leistungen aus Zeile 25 multipliziert mit Ergebnis des neu berechneten Behandlungsbedarfs in Punkten des VJQ aus Zeile 22
30	Ermittlung des Bereinigungsverzichts gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 383. Sitzung aus der SV-BEVERZICHT_IK	
31	Ergebnis: Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten des VJQ zuzüglich des Bereinigungsverzichts	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten des VJQ aus Zeile 29 zuzüglich des Bereinigungsverzichts aus Zeile 30
32	Ermittlung der Anzahl der Versicherten der jeweiligen KK im VJQ	

Anlage 1 Musterberechnung zur Ermittlung der Aufsatzwerte 2019

33	Ergebnis: Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten des VJQ je Versicherten	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten des VJQ inkl. Erhöhung des Bereinigungsverzichts aus Zeile 31 dividiert durch Anzahl der Versicherten der jeweiligen KK im VJQ aus Zeile 32
34	Ermittlung der Anzahl der Versicherten der jeweiligen KK im aktuellen Quartal	
35	Ergebnis: Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten für das aktuelle Quartal 2019	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten des VJQ inkl. Erhöhung des Bereinigungsverzichts je Versicherten aus Zeile 33 multipliziert mit Anzahl der Versicherten der jeweiligen KK des aktuellen Quartals aus Zeile 34
36	Abzug der ermittelten Bereinigungsmenge für die TSVG-Konstellation Hausarzt-Vermittlungsfall beim Facharzt, TSS-Terminfall, Neupatient und offene Sprechstunde gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 444. Sitzung	ab Tag des Inkrafttretens der extrabudgetären Vergütung in der jeweiligen TSVG-Konstellation von 2019-2 (ab 11.05.2019) bis 2019-4: HA-Vermittlungsfall beim FA, TSS-Vermittlungsfall; ein Jahr ab Start Ersteinschätzungsverfahren: TSS-Akutfall 2019-3 (ab 01.09.2019): Neupatient und offene Sprechstunde
37	Ermittlung Eindeckelung Psychotherapie gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschuss 43. Sitzung bzw. Beschluss des Bewertungsausschusses 380. Sitzung (Schritt 9) in Punkten	
38	Ergebnis: Kassenspezifischer bereinigter Aufsatzwert in Punkten für das aktuelle Quartal 2019 inkl. Eindeckelung Psychotherapie	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten für das aktuelle Quartal 2019 aus Zeile 35 abzüglich TSVG Bereinigung aus Zeile 36 zuzüglich Psychotherapieeindeckelung 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
VKNR	IK	KT-Gruppe	Name	Kassenspezifischer Aufsatzwert in Punkte	Anpassung der MGW um Veränderungsrate für Berlin 2019 gem. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 i.V.m. Satz 3 SGB V und gem. 430. BWA-Beschluss: 0,0573%	Kassenspezifischer bereinigter Aufsatzwert in Punkten gem. Beschluss BWA inkl. Anpassung nach § 87a Abs. 4 SGB V	für das aktuelle Abrechnungsquartal aktualisierte vertrags-spezifische Gesamt-bereinigungsmenge je Versicherten je Krankenkasse 2019-1	Versicherte gem. ANZVER87a VJQ Quartal 2018-1	Versicherte gem. ANZVER87a AQ Quartal 2019-1	Ergebnis: Differenz der Versicherten des aktuellen Quartals zum VJQ je Krankenkasse	Ergebnis: Vertrags-spezifische Bereinigungsmenge in Punkten für 2019-1	Kassenspezifischer bereinigter Aufsatzwert in EURO gemäß BWA Beschluss inkl. Anpassung nach § 87a Abs. 4 SGB V	Bereinigung Selektiv-vertrag in Euro	Kassenspezifischer bereinigter Behandlungsbedarf 2019-1 in Euro	Basiswirksame Erhöhung der MGW gemäß § 3 Abs. 6 Honorarvertrag 2018 zur Förderung der pädiatrischen Grundversorgung und im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie bis 2,5 Mio. € im Jahr für bis zu 10 Sonderbedarfszulassungen (1/10 je Praxis) in Euro kassenspezifischer Anteil je Quartal gemäß kassenspezifischen Behandlungsbedarf Quartal 2019-1	Basiswirksame und zahlungsrelevante MGW in Euro Quartal 2019-1
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
72123	101000000	2	Musterkasse	1.500.000,0000000	859,50000000	1.500.859,50000000	1,2345678	1.500	2.000	500	617,2839000	162.498,8264144 €	500,00 €	161.998,83 €	355,80 €	162.354,63 €
					=RUNDEN(E4*\$F\$3;7)	=E4+F4				=J4-I4	=RUNDEN(H4*K4;7)	=RUNDEN((G4+L4)*\$M\$3;7)	=M4-N4	=RUNDEN(\$O\$3/\$O\$3*O4;2)	=O4+P4	