

# **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 2022 bis 31. Dezember 2022  
gemäß § 83 i.V.m. § 87 a SGB V**

## **§ 1 Geltungsbereich**

- (1) <sup>1</sup>Dieser 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) <sup>1</sup>Der 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) <sup>1</sup>Die 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) <sup>1</sup>Für 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. <sup>2</sup>Überschreitungen 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 567. Sitzung (nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs) bleiben unberührt.
- (2) <sup>1</sup>Der für die Berechnung der MGV nach § 87a Abs. 3 SGB V und für die regionale EURO-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 SGB V maßgebliche Punktwert für den Bereich der KV Berlin wird auf der Grundlage des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 75. Sitzung vom 15. September 2021 zur Festlegung gemäß § 87 Abs. 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2022 in Höhe von 11,2662 Cent festgelegt.
- (3) <sup>1</sup>Dem 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) <sup>1</sup>Kostenerstattungen 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. <sup>2</sup>Bei Bedarf erfolgt zwischen der KV Berlin und der Krankenkasse eine Einigung über die Nachweiserbringung. <sup>3</sup>Kassenspezifische Regelungen zum Verfahren für die Meldung der Kostenerstattungsfälle können bilateral mit der Kassensärztlichen Vereinigung Berlin getroffen werden.
- (5) <sup>1</sup>Fremdarztfälle werden nach den Preisen des Leistungsortes des Vertragsarztes/-therapeuten vergütet. <sup>2</sup>Die Verrechnung unter den KVen erfolgt im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs. <sup>3</sup>Soweit 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. <sup>4</sup>Der 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. <sup>5</sup>Sollte 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) <sup>1</sup>Der 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. <sup>2</sup>Dabei 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.

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

- in den Quartalen 2022-1 und 2022-2 um 1.130.277 Punkte je Quartal im Zusammenhang mit der Aufnahme von Gebührenordnungspositionen mit dem Einsatz von Diagnostika zur Antibiotikatherapie gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 563. Sitzung,
- die nicht basiswirksame Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in den Quartalen 2022-1 und 2022-2 in Höhe von 63.249 Euro je Quartal im Zusammenhang mit der Aufnahme von Gebührenordnungspositionen mit dem Einsatz von Diagnostika zur Antibiotikatherapie gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 563. Sitzung sowie
- in den Quartalen 2022-1 bis 2022-4 für urologische Leistungen der GOP 02321, 26310, 26311 und 26330 mit der quartalsweisen Abstaffelungsquote,
- in den Quartalen 2022-1 bis 2022-2 um 1.002 Tsd. Punkte im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versandes durch Post-, Boten- oder Kurierdienste aufgrund der Übermittlung elektronischer Briefe gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 480. Sitzung,
- in den Quartalen 2022-3 bis 2022-4 um 81 Tsd. Punkte im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versandes durch Post-, Boten- oder Kurierdienste aufgrund der Übermittlung elektronischer Briefe gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 480. Sitzung.

<sup>4</sup>Der vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals wird basiswirksam erhöht:

- in den Quartalen 2022-1 bis 2022-4 um die Leistungen der GOPn 32362 und 32363 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 570. Sitzung,
- in den Quartalen 2022-1 bis 2022-4 um die Leistungen der GOP 01645 sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung,
- im Quartal 2022-4 um die Leistungen der GOP 30810 und 30811 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 516. Sitzung,
- in den Quartalen 2022-1 bis 2022-4 um 10.523.071 Punkte je Quartal im Zusammenhang mit der Aufnahme von Hygienezuschlägen gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 74. Sitzung,
- in den Quartalen 2022-1 bis 2022-4 um 0,0470% je Quartal für die Behebung des Kassenswechslereffekts für das Jahr 2022 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 571. Sitzung,
- in den Quartalen 2022-1 bis 2022-4 um das Punktzahlvolumen für strahlentherapeutische Leistungen des entsprechenden Quartals gemäß 513. Beschluss des Bewertungsausschusses Teil B Punkt II Nr. 7 und 8,
- in den Quartalen 2022-1 und 2022-2 um die Leistungen der GOPn 32459, 32774 und 32775 gemäß dem Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 54. Sitzung sowie
- im Quartal 2022-1 um die Leistungen der GOPn 32480 und 32557 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 433. Sitzung.

<sup>5</sup>Die 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. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 569. Sitzung (Empfehlung zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur) basiswirksam um die Veränderungsrate von -0,1218 % 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 -0,2080 % und die demografische Veränderungsrate von -0,0356 % für den KV Bereich Berlin angepasst.

<sup>6</sup>Die 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. <sup>7</sup>Die 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 2021 erfolgten kassenseitigen Rechnungslegung in der Satzart KASSRG87aMGV.

<sup>8</sup>Gemäß 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. <sup>9</sup>Sind 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.

<sup>10</sup>Diese Reduzierung der Leistungsmenge erfolgt im nächsten, auf die Einigung bzw. die Rechtskraft des Urteils folgenden Abrechnungsquartal. <sup>11</sup>Eine rückwirkende Änderung der Datengrundlagen (ARZTRG- und KASSRG-Daten) zur Bestimmung der Aufsatzwerte findet nicht statt. <sup>12</sup>Die über alle Krankenkassen insgesamt zu zahlende MGV verändert sich nicht. <sup>13</sup>Diese Regelung berücksichtigt alle Prüfanträge der Krankenkassen für abgerechnete Leistungen ab dem 1. Quartal 2016. <sup>14</sup>Betrifft das Leistungen außerhalb der MGV, erfolgt eine Rückzahlung an die jeweilige Krankenkasse. <sup>15</sup>Die 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) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Die 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) <sup>1</sup>Bei 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) <sup>1</sup>Hausbesuchsleistungen durch den ÄBD zu Sprechstundenzeiten werden mit der GOP 01412T gekennzeichnet und aus der MGV vergütet.
- (7) <sup>1</sup>Anästhesieleistungen 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) <sup>1</sup>Gemäß § 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) <sup>1</sup>Gemäß § 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 2022 und 2023 gefördert:
- Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 3 Cent auf den Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V für die Sehschule bei Patienten mit eingeschränkter Kooperationsfähigkeit (bis vollendetes 5. LJ) mit den Leistungen der GOP 06320 i.V.m. der GOP 06333 (SNR 96320),
  - Extrabudgetärer Zuschlag i.H.v. 3 Cent auf den Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V für die Sehschule bei Patienten mit eingeschränkter Kooperationsfähigkeit (vom 6. LJ bis vollendetes 17. LJ oder bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie) mit den Leistungen der GOP 06321 i.V.m. der GOP 06333 (SNR 96321).
- (3) <sup>1</sup>Gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V i.V.m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 456. Sitzung werden die nachfolgenden besonders förderungswürdigen Leistungserbringer mit Wirkung ab 01.10.2020 bis 30.09.2022 gefördert:
- <sup>2</sup>Zur 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). <sup>3</sup>Der Zeitraum der gezielten Förderung ist pro Arzt auf maximal acht Quartale begrenzt. <sup>4</sup>Eine Förderung im Hausarztbereich erfolgt nur dann, wenn überwiegend für einen Hausarzt typische Leistungen wie Impfungen, Hausbesuche und Vorsorgeuntersuchungen erbracht werden.
- (4) <sup>1</sup>Gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V i.V.m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 456. Sitzung werden die nachfolgenden besonders förderungswürdigen Leistungserbringer gemäß Anlage 3 für die Jahre 2021 und 2022 gefördert:
- <sup>2</sup>Zur 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). <sup>3</sup>Der Zeitraum der gezielten Förderung ist pro Arzt auf maximal acht Quartale begrenzt. <sup>4</sup>Eine Förderung im Hausarztbereich erfolgt nur dann, wenn überwiegend für einen Hausarzt typische Leistungen wie Impfungen, Hausbesuche und Vorsorgeuntersuchungen erbracht werden. <sup>5</sup>Neue Förderungen werden nicht mehr begonnen, wenn der jeweilige Versorgungsgrad erreicht ist.

(5) <sup>1</sup>Für 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. <sup>2</sup>Wird ein aufgeführtes, voraussichtliches Fördervolumen überschritten, erfolgt grundsätzlich eine Verständigung zwischen den Vertragspartnern über die zu ergreifenden Maßnahmen mit dem Ziel, die Ausgabenentwicklung zu begrenzen. <sup>3</sup>Wird 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. <sup>4</sup>Die KV Berlin unterrichtet die Vertragspartner unmittelbar nach Vorliegen der Abrechnungsdaten des Quartals.

#### § 4

##### Selektivverträge und ambulante spezialfachärztliche Versorgung

- (1) <sup>1</sup>Die 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) <sup>1</sup>Die 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

<sup>1</sup>Von 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. <sup>2</sup>Die Bereiche für die Wegepauschalen sind vom Vertragsarzt selbst, ausgehend vom Praxissitz als Zentrum, zu bestimmen. <sup>3</sup>Die Wegepauschalen sind je Besuch, Aufsuchen bzw. erster Visite berechnungsfähig, unabhängig davon, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. <sup>4</sup>Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung der jeweiligen Wegepauschale nicht berücksichtigt. <sup>5</sup>Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines Wegebereiches. <sup>6</sup>Für die Berechnung der Wegepauschale ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist. <sup>7</sup>Die 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, bis 30. September 2022,
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 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 und 86901 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 und 35152 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 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,
  53. 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,
  54. 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,
  55. 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,
  56. 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,
  57. 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,

58. 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,
59. 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,
60. 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,
61. 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,
62. 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,
63. 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 570. Sitzung mit Wirkung zum 1. September 2019 bis 31. Dezember 2022,
64. 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 570. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 bis 31. Dezember 2022,
65. 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,
66. 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,
67. 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,
68. 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,
69. 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,
70. Leistungen der GOPn 08347 und 13507 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 455. Sitzung Teil C mit Wirkung zum 1. Januar 2020,
71. 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,
72. 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,
73. 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,
74. 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,

75. 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,
76. 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,
77. Leistungen der GOP 02402 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,
78. 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,
79. 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,
80. 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,
81. 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,
82. 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,
83. 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,
84. 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,
85. 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,
86. 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,
87. 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,
88. 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,
89. 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,
90. Leistungen der GOP 32481 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 562. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Juli 2021,
91. Leistungen nach EBM-Abschnitt 8.6 und Kostenpauschalen nach EBM-Abschnitt 40.12 sowie Leistungen der GOP 01510K bis 01512K, 02100K, 02341K, 05310K, 05330K, 05340K, 05341K, 05350K, 08575K, 31272K, 31503K, 31600K, 31608K, 31609K, 31822K, 33043K, 33044K, 33064K, 33090K, 36272K, 36503K und 36822K sowie der GOP 32575K, 32614K, 32618K, 32660K und 32781K im Zusammenhang mit Leistungen der Kryokonservierung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 562. Sitzung, Teil B sowie gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i.V.m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V in seiner 570. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Juli 2021,
92. Leistungen der GOP 02102 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 562. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Juli 2021,

93. Leistungen der GOP 19503 bis 19505 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 562. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Juli 2021,
94. Leistungen der GOP 25335 und 25336 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 566. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Juli 2021,
95. Leistungen der GOP 35163 bis 35169 inkl. Suffixen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 567. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Oktober 2021,
96. Leistungen der GOP 35173 bis 35179 inkl. Suffixen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 567. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Oktober 2021,
97. Leistungen der GOP 01410K und 01413K im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 567. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Oktober 2021,
98. Leistungen der GOP 30902 und 30905 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 567. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Oktober 2021,
99. Leistungen der GOP 30900U und 30901U bei Patienten zur Erstanpassung einer Unterkieferprotrusionsschiene oder Verlaufskontrolle einer Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 567. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Oktober 2021,
100. Leistungen der GOP 19506 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i.V.m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V in seiner 570. Sitzung, Teil C mit Wirkung zum 1. Oktober 2021,
101. Leistungen der GOP 01648 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i.V.m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V in seiner 578. Sitzung, Teil C mit Wirkung zum 1. Januar 2022,
102. Leistungen der GOP 03325, 03326, 04325, 04326, 13578, 13579, 13583 bis 13587 und 40910 gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i.V.m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V in seiner 76. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. Januar 2022,
103. Leistungen der GOP 02321, 26310, 26311 und 26330 mit Wirkung zum 1. Januar 2022,
104. Leistungen der GOP 01480 gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 76. Sitzung mit Wirkung zum 1. März 2022 und
105. Leistungen der GOP 01540 bis 01545 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i.V.m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V in seiner 572. Sitzung, Teil B mit Wirkung zum 1. April 2022.

## § 6

### Zahlung der Gesamtvergütung

- (1) <sup>1</sup>Jede Krankenkasse leistet am drittletzten Bankarbeitstag (Wertstellung KV) eines jeden Kalendermonats eine Abschlagszahlung in Höhe von 27,5 % der je Quartal erwarteten MGV und 27,5 % der je Quartal erwarteten Vergütung für Einzelleistungen, Substitutionsbehandlungen der Drogenabhängigkeit und Pauschalen an die KV Berlin. <sup>2</sup>Zur Ermittlung der erwarteten MGV für die Abschlagszahlung wird aus dem FB3 des Vorjahresquartals der Leistungsbedarf lt. EBM Punkten mit dem aktuell gültigen Punktwert bewertet und der Leistungsbedarf lt. EBM in Euro hinzugerechnet, es wird die gemäß § 87a Abs. 3a Satz 4 und Abs. 6 SGB V jeweils gemeldete Versichertenzahl des letztverfügbaren Vorquartals nach ANZVER87a berücksichtigt. <sup>3</sup>Für die Ermittlung der erwarteten Vergütung für Einzelleistungen und Substitutionsbehandlungen wird aus dem FB3 des Vorjahresquartals der Leistungsbedarf lt. EBM Punkten mit dem aktuell gültigen Punktwert bewertet und der Leistungsbedarf lt. EBM in Euro hinzugerechnet. <sup>4</sup>Zahlungen aufgrund des nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs werden bei der Abschlagszahlung nicht berücksichtigt.

- (2) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Die 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. <sup>3</sup>Die Darstellung erfolgt im Formblatt 3 für alle Leistungen bis zur GOP Ebene 6. <sup>4</sup>Im 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. <sup>5</sup>Die 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. <sup>6</sup>Eine 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) <sup>1</sup>Sind die rechnungsbegründenden Unterlagen in Teilen nachweislich fehlerhaft, kann die Zahlung nicht vollständig verweigert oder aufgeschoben werden. <sup>2</sup>Ein Einbehalt eines Rechnungsbetrages ist bei nachweislich fehlerhafter Rechnungsstellung nur bis zur Höhe des fehlerhaften Betrages zulässig. <sup>3</sup>Kürzungen sind gegenüber der KV Berlin schriftlich zu erklären und zu begründen.
- (4) <sup>1</sup>Werden die Abschlags- bzw. Restzahlungen von den Krankenkassen nicht fristgerecht geleistet, tritt unmittelbar der Zahlungsverzug ein. <sup>2</sup>Die 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. <sup>3</sup>Die Vertragspartner sollen durch Nachfragen (z.B. per Email) mit darauf hinwirken, dass Verzugszinsen möglichst vermieden werden.
- (5) <sup>1</sup>Die 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) <sup>1</sup>Von 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) <sup>1</sup>Bei einem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2019 (§ 87a Abs. 3 Satz 4, Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V i.V.m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 567. Sitzung) verständigen sich die Vertragspartner über die Verwendung der zusätzlichen Zahlungen.
- (8) <sup>1</sup>Fällt der Zahltag der Restzahlung auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag, gilt der folgende Arbeitstag als Zahltag.
- (9) <sup>1</sup>Für die Übernahme der Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung für die in § 264 Abs. 2 SGB V aufgeführten nicht versicherungspflichtigen Personen gelten uneingeschränkt die Bestimmungen dieser Vereinbarung. <sup>2</sup>Weitergehende Regelungen können zwischen den Vertragspartnern gesondert vereinbart werden.

## **§ 7 Vergütung und Honorarverteilung**

<sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Für Leistungen, die gemäß diesem Vertrag der Mengensteuerung gemäß § 87b SGB V unterliegen, gelten die Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabes der KV Berlin gemäß § 87b Abs. 1 SGB V und obliegen ihrer Verantwortung.

**§ 8  
Abrechnung**

<sup>1</sup>Das 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**

<sup>1</sup>Dieser Vertrag tritt am 1. Januar 2022 in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 2022.

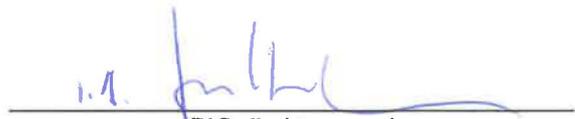
Berlin, Potsdam, Kassel, den **15. März 2022**

  
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	<b>Ergebnis:</b> 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
3	Ermittlung: Summe der auszudeckelnden Leistungen mit Abstaffelungsquote aus ARZTRG87aKA_SUM im VJQ nach EURO_GO	von 2022-1 bis 2022-4 urologische Leistungen lt.§ 3
4	Ermittlung: Summe der auszudeckelnden Leistungen mit Abstaffelungsquote aus ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ nach EURO_GO	von 2022-1 bis 2022-4 urologische Leistungen lt.§ 3
5	<b>Ergebnis:</b> Leistungsbedarf in EURO der bereinigenden Leistungen mit Abstaffelungsquote abzüglich der ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ	
6	Ermittlung der einzudeckelnden Leistung ohne Abstaffelung	In 2022-1: Eindeckelung der GOPén 32480 und 32557 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 433.Sitzung, von 2022-1 bis 2022-2: Eindeckelung der GOPén 32459, 32774 und 32775 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 54.Sitzung, von 2022-1 bis 2022-4: Eindeckelung der GOP 01645 sowie Leistungen nach 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen lt. 430, Beschluss In 2022-4: Eindeckelung der GOPén 30810 und 30811 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 516. Sitzung
7	Ermittlung der einzudeckelnden Leistung mit Abstaffelung	von 2022-1 bis 2022-4: Eindeckelung der GOPén 32363 und 32363 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 570.Sitzung,
8	Ermittlung des insgesamt tatsächlich abgerechneten MGV-Brutto-Leistungsbedarfs ARZTRG87aKA_SUM im VJQ nach EURO-GO	
9	Ermittlung der insgesamt tatsächlich abgerechneten NVI-Leistungen aus ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ in EURO	
10	<b>Ergebnis:</b> 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 08 minus insgesamt tatsächlich abgerechneter NVI-Leistungsbedarf aus ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ aus Zeile 09 in EURO
11	<b>Ergebnis:</b> Abstaffelungsquote	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf aus der KASSRG87aMGV_SUM im VJQ aus Zeile 2 dividiert durch tatsächlich abgerechneter Leistungsbedarf ohne NVI aus Zeile 10 in EURO
12	<b>Ergebnis:</b> Abgestaffelter Leistungsbedarf der auszudeckelnden Leistungen in EURO	Leistungsbedarf der auszudeckelnden Leistungen mit Abstaffelung aus Zeile 5 multipliziert mit Abstaffelungsquote aus Zeile 11 in EURO -
13	<b>Ergebnis:</b> Abgestaffelter Leistungsbedarf der einzudeckelnden Leistungen in EURO	Leistungsbedarf der einzudeckelnden Leistungen mit Abstaffelung aus Zeile 7 multipliziert mit Abstaffelungsquote aus Zeile 11 in EURO
14	<b>Ergebnis:</b> Leistungsbedarf der gesamten Abgrenzung (ein- und auszudeckelnde Leistungen) in Punkten	Leistungsbedarf der auszudeckelnden Leistungen (mit Abstaffelung) aus Zeile 12 abzüglich Leistungsbedarf der einzudeckelnden Leistungen (mit Abstaffelung) aus Zeile 13 abzüglich Leistungsbedarf der einzudeckelnden Leistungen (ohne Abstaffelung) aus Zeile 6 dividiert durch vereinbarten Punktwert des VJQ -
15	Eindeckelung zu erwarteten Mehrbedarf Hygienezuschläge – 10.523.071 Punkte - Fester Wert Ausdeckelung aufgrund elektronisch übermittelter Briefe – 1.002.000 Punkte (für 1_2022 und 2_2022) bzw. 81.000 Punkte (für 3_2022 und 4_2022) – Fester Wert Absenkung – Antibiotikatherapie – 1.130.277 Punkte – Fester Wert	von 2022-1 bis 2022-4: Erhöhung wegen erwarteten Mehrbedarf im Zusammenhang mit der Aufnahme von Hygienezuschlägen lt. Beschluss 74.Sitzung von 1_2022 bis 4_2022: Bereinigung wegen elektronisch übermittelter Briefe lt. Beschluss 480. Sitzung von 2022-1 bis 2022-2: Absenkung Antibiotikatherapie lt. Beschluss 563. Sitzung

## Anlage 1 Musterberechnung zur Ermittlung der Aufsatzwerte

16	<b>Ergebnis:</b> Infolge von Änderungen der MGV-/EGV-Abgrenzung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 383. Sitzung zuletzt geändert in 526.Beschluss neu berechneter vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf in Punkten des VJQ	Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf aus der KASSRG87aMGV_SUM im VJQ aus Zeile 1 abzüglich des Leistungsbedarfes der gesamten Abgrenzung aus Zeile 14 zuzüglich Eindeckelung zu erwarteten Mehrbedarf – fester Wert aus Zeile 15 abzüglich Bereinigung aufgrund elektronisch übermittelter Briefe – fester Wert aus Zeile 15 abzüglich Absenkung Antibiotikatherapie - fester Wert aus Zeile 15
17	Ermittlung des ASV-Differenzbereinigungsvolumen in Punkte gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 439. Sitzung	
18	Ermittlung des Bereinigungsverzichts gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 383.Sitzung zuletzt geändert in 526.Beschluss aus der SV-BEVERZICHT SUM in Punkte	
19	Anpassung des Behandlungsbedarfes aufgrund Behebung des Kassenwechslereffektes gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 571. Sitzung	0,0470%
20	<b>Ergebnis:</b> 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 0,0470% Kassenwechslereffektes gemäß Nr. 2.2.1.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses 383.Sitzung zuletzt geändert in 526.Beschluss	basiswirksam vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf VJQ in Punkten aus Zeile 16 minus ASV-Differenzbereinigungsvolumen in Punkte aus Zeile 17 minus Bereinigungsverzicht aus Zeile 18 multipliziert mit Faktor 1,000470 wegen Kassenwechslereffekt aus Zeile 19
21	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	
22	Ermittlung der insgesamt tatsächlich abgerechneten NVI-Leistungen ohne auszudeckelnde Leistungen in Punkten aus ARZTRG87aNVI_SUM im VJQ	
23	<b>Ergebnis:</b> 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 in Punkten aus Zeile 21 minus tatsächlich abgerechnete NVI-Leistungen in Punkten aus Zeile 22 zuzüglich einzudeckelnde Leistungen: In 2022-1: Eindeckelung der GOPén 32480 und 32557 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 433.Sitzung, von 2022-1 bis 2022-2: Eindeckelung der GOPén 32459, 32774 und 32775 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 54.Sitzung, von 2022-1 bis 2022-4: Eindeckelung der GOP 01645 sowie Leistungen nach 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen von 2022-1 bis 2022-4: Eindeckelung der GOPén 32363 und 32363 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 570.Sitzung, in 2022-4: Eindeckelung der GOPén 30810 und 30811 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 516. Sitzung
<b>Kassenspezifisch</b>		
24	Ermittlung des tatsächlich abgerechneten MGV-Brutto-Leistungsbedarfs ohne auszudeckelnde Leistungen aus der ARZTRG87aKA_IK gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 383. Sitzung zuletzt geändert in 526.Beschluss im VJQ je KK in Punkten abzüglich der sich nach § 3 Abs. 1 Satz 9 Honorarvertrag je KK im VJQ ergebenden Korrekturen	
25	Ermittlung der abgerechneten NVI-Leistungen ohne auszudeckelnde Leistungen aus der ARZTRG87aNVI_IK im VJQ je KK in Punkten	
26	<b>Ergebnis:</b> 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 24 minus tatsächlich abgerechneter NVI-Leistungsbedarf aus Zeile 25 in Punkten zuzüglich einzudeckelnde Leistungen: In 2022-1: Eindeckelung der GOPén 32480 und 32557 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 433.Sitzung, von 2022-1 bis 2022-2: Eindeckelung der GOPén 32459, 32774 und 32775 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 54.Sitzung, von 2022-1 bis 2022-4: Eindeckelung der GOP 01645 sowie Leistungen nach 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen von 2022-1 bis 2022-4: Eindeckelung der GOPén 32363 und 32363 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 570.Sitzung

## Anlage 1 Musterberechnung zur Ermittlung der Aufsatzwerte

		in 2022-4: Eindeckelung der GOPen 30810 und 30811 gem. Beschluss Bewertungsausschuss 516. Sitzung
27	<b>Ergebnis:</b> 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 26 dividiert durch Ergebnis tatsächlich abgerechneter Leistungsbedarf in Punkten nach Abzug der NVI in Punkten inkl. einzudeckelnder Leistungen aus Zeile 23 multipliziert mit Ergebnis des neu berechneten Behandlungsbedarfs in Punkten des VJQ aus Zeile 20
28	Ermittlung des Bereinigungsverzichts gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 383.Sitzung zuletzt geändert in 526.Beschluss aus der SV-BEVERZICHT_IK	
29	<b>Ergebnis:</b> Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten des VJQ zuzüglich des Bereinigungsverzichts	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten des VJQ aus Zeile 27 zuzüglich des Bereinigungsverzichts aus Zeile 28
30	Ermittlung der Anzahl der Versicherten der jeweiligen KK im VJQ	
31	<b>Ergebnis:</b> Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten des VJQ je Versicherten	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten des VJQ inkl. Erhöhung des Bereinigungsverzichts aus Zeile 29 dividiert durch Anzahl der Versicherten der jeweiligen KK im VJQ aus Zeile 30
32	Ermittlung der Anzahl der Versicherten der jeweiligen KK im aktuellen Quartal	
33	<b>Ergebnis:</b> Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten für das aktuelle Quartal 2022	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten des VJQ inkl. Erhöhung des Bereinigungsverzichts je Versicherten aus Zeile 31 multipliziert mit Anzahl der Versicherten der jeweiligen KK des aktuellen Quartals aus Zeile 32
34a	Ermittlung Leistungsbedarf im VJQ Strahlentherapie Kapitel 25 (ohne die GOPen 25228 bis 25230) gem. Beschluss des Bewertungsausschusses 513. Sitzung in Punkten über alle Kassen	
34b	Ermittlung Leistungsbedarf im VJQ Strahlentherapie Kapitel 25 (ohne die GOPen 25228 bis 25230) gem. Beschluss des Bewertungsausschusses 513. Sitzung in Punkten je Kasse	
35	<b>Ergebnis:</b> Erhöhung je Quartal lt. Beschluss des Bewertungsausschusses 513. Sitzung in Punkten je Kasse	1: Punktvolumen je Quartal aus 513.Beschluss um Veränderungsrate aus 2021 (-0,21295 %) erhöht, dann um die Veränderungsrate aus 2022 (-0,1218 %) abgesenkt und mit KV spezifischen Faktor (3,0745 %) gem. Beschluss multipliziert. 2:Ergebnis aus Pkt.1 dividiert durch Gesamtsumme aller Kassen aus Zeile 34a und mit Anteil je Kasse aus Zeile 34b multipliziert
36	<b>Ergebnis:</b> Kassenspezifischer bereinigter Aufsatzwert in Punkten für das aktuelle Quartal 2022	Kassenspezifischer Behandlungsbedarf in Punkten für das aktuelle Quartal 2022 aus Zeile 33 zuzüglich Erhöhung Strahlentherapie aus Zeile 35 in Punkten der jeweiligen KK



## 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	<p><b>Steigerung des Behandlungserfolges</b> 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 <b>Verringerung</b> der hausärztlichen Praxen, die die Leistung <u>nicht</u> erbringen, um <b>mindestens 10%</b></p>	<p>Entwicklung der Anzahl abgerechneter Leistungen (Datenerhebung durch KV Berlin)</p> <p>Anzahl der nicht leistungserbringenden hausärztlichen Praxen (Datenerhebung durch KV Berlin)</p>	<p>Extrabudgetärer Zuschlag in Höhe von 15,00 € pro Leistung ab dem ersten Fall, wenn 50 Hausbesuche im Quartal pro Arzt überschritten werden</p> <p>Das voraussichtliche Fördervolumen für den Förderzeitraum pro Jahr beträgt 2,4 Mio. €.</p>
Hyposensibilisierungstherapie subkutan (Spritze)	30130	<p><b>Steigerung des Behandlungserfolges</b> i.S. der Verbesserung der Ergebnisqualität Ziel: Vermeidung von Wartezeiten durch <b>Steigerung</b> der Häufigkeit der Leistungserbringung <b>um mindestens 5 %</b></p>	Anzahl abgerechneter Leistungen (Datenerhebung durch KV Berlin)	<p>Extrabudgetärer Zuschlag auf den regionalen Vergütungspunktwert:</p> <p>3 Cent</p>
Hyposensibilisierungstherapie sublingual	30130T	<p><b>Steigerung des Behandlungserfolges</b> i.S. der Verbesserung der Ergebnisqualität Ziel: Vermeidung von Wartezeiten durch <b>Steigerung</b> der Häufigkeit der Verordnungen <b>um mindestens 5 %</b></p>	Anzahl entsprechender Verordnungen (Datenerhebung durch KV Berlin)	<p>10,33 € pro Leistung extrabudgetär; max. 4 mal im Krankheitsfall</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
<p><b>Zuschlag auf 30130 bzw. analoge 30130T nach 3 Jahren für kontinuierliche 3-Jahres-Hyposensibilisierungstherapie</b></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><b>Steigerung des Behandlungserfolges</b> i.S. der Verbesserung der Ergebnisqualität durch erfolgreichen Abschluss der Therapie Ziel: <b>Senkung der Abbruchquote um mindestens 10 %-Punkte</b></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><b>Schmerztherapeutische Versorgung chronischer Patienten</b></p>	30702	<p>Ziel: Erweiterungen der Angebotsstrukturen i.S. der <b>Erhöhung</b> der Anzahl der Ärzte <b>um mindestens 5%</b>, 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
<b>Zuschlag zur GOP 30702 für schmerztherapeutische Einrichtungen</b>	30704	Ziel: Erweiterungen der Angebotsstrukturen i.S. der <b>Erhöhung</b> der Anzahl der Ärzte <b>um mindestens 5 %</b> , 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>
<b>Sehschule bei Patienten mit eingeschränkter Kooperationsfähigkeit</b>	06320/ 06321 i.V.m. 06333	Ziel: Veränderungen der Angebotsstrukturen i.S. der <b>Vermeidung eines Rückgangs</b> der Leistungen und Leistungserbringer bzgl. der Kombinationsleistung	Anzahl abgerechneter Kombinationsleistungen und leistungserbringender Ärzte (Datenerhebung durch KV Berlin)	<p>Extrabudgetärer Zuschlag auf den regionalen Vergütungspunktwert:</p> <p style="text-align: center;">3 Cent</p> <p>Das voraussichtliche Fördervolumen beträgt 324.000 € pro Jahr.</p>

### Anlage 3 Förderungswürdige Leistungserbringer

Leistungserbringer	Verbesserung der Versorgung der Versicherten durch... <small>(gemäß Beschluss des BA in der 456. Sitzung)</small>	Evaluationskriterium <small>(gemäß Beschluss des BA in der 456. Sitzung)</small>	Förderung
<p><b>Hausärzte im Planungsbereich 2 und 3 mit Versorgungsgrad &lt;100% (LOI<sup>1</sup>), Kinderärzte, Frauenärzte und Augenärzte in den Bezirken Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick mit Versorgungsgrad &lt;95% (LOI)</b></p> <p><b>Datenbasis zum Aufgreifen der betroffenen Bezirke aus den Planungsbereichen 2 und 3: LOI (Stand: 01.01.2020)</b></p>	<p><b><u>Förderung von Leistungserbringern in kleinräumigen unterdurchschnittlich versorgten Regionen innerhalb eines Planungsbereiches der Planungsbereiche 2 und 3</u></b></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: <b>Erreichung</b> der jeweiligen bezirklichen Versorgungsgrade von <b>100% (HÄ) bzw. 95% (FÄ)</b></p> <p><b>Evaluationszeitraum:</b> 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"> <li>- Senkung der Anzahl der Praxen, die mangels Bewerber nicht nachbesetzt werden konnten</li> <li>- Steigerung der Anzahl der Ärzte in den benannten unterdurchschnittlichen versorgten Bezirken</li> </ul> <p><b>Evaluationszeitpunkt:</b> 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>

<sup>1</sup> 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"><li>- zwischen 07:00 und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)</li><li>- bei bestehender Gehunfähigkeit. Die Gehfähigkeit soll im Ersteinschätzungsgespräch mit dem Patienten festgestellt bzw. abgefragt werden. Dabei sollen die individuellen Begleitumstände des Patienten Berücksichtigung finden.</li></ul> <p>Obligater Leistungsinhalt</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Hausbesuchsdienst der KV Berlin, auch für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte</li></ul> <p>Neben der Gebührenposition 01412T sind keine weiteren Gebührenpositionen abrechenbar.</p>	Bewertung gemäß GOP 01412 EBM
--------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

## **Protokollnotiz**

Protokollnotiz zum Honorarvertrag:

Die Entscheidung über eine mögliche Anpassung der MGV aufgrund einer Verlagerung von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Jahr 2022 stellen die Vertragspartner bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung zum Schiedsspruch zur Anpassung der Gesamtvergütung des Jahres 2021 ruhend.

Weiterhin verständigen sich die Vertragspartner dahingehend, dass die Entscheidung und die Urteilsgründe der rechtskräftigen Entscheidung hierzu gemeinsam bewertet werden.

Die in diesem Vertrag getroffenen Regelungen entfalten keine präjudizierende Wirkung hinsichtlich der unterschiedlichen Rechtsauffassungen der Vertragsparteien aus dem Landesschiedsamt für die vertragsärztlichen Leistungen für die Gesamtvergütung 2021. Aus diesem Grund stellen die Krankenkassen/-verbände die Zahlungen zu den kassenseitig beklagten Punkten aus dem Rechtsstreit AZ: L 7 KA 10/21 bis zur rechtskräftigen Entscheidung und ggf. deren weiterer Umsetzung durch das Landesschiedsamt unter Vorbehalt. Sobald diese Entscheidungen zur Gesamtvergütung 2021 vorliegen, ist zwischen den Vertragsparteien die Berechnung der Gesamtvergütung entsprechend anzupassen.

Die Inhalte des Honorarvertrages 2021 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.