



Amtliche Bekanntmachung – Nr. 08-2020

**Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit
Wirkung für das Jahr 2020**

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
vertreten durch die 1. Vorsitzende des Vorstandes
Frau Dr. med. Annette Rommel

(im Folgenden „KVT“ genannt)

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

- AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.
vertreten durch den Vorstand, dieser hier vertreten durch
den Vorsitzenden des Vorstandes, Herrn Rainer Striebel
- BKK Landesverband Mitte,
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover
- IKK classic
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG),
als Landwirtschaftliche Krankenkasse
- KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt/Main

und

den Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

Inhalt

- Teil 1: Allgemeine Grundsätze
- Teil 2: Festlegung der regionalen Euro-Gebührenordnung
- Teil 3: Berechnung der Gesamtvergütung in Thüringen
- Teil 4: Förderungswürdige Leistungen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V
1. Protokollnotiz - Grundsätze für das Verfahren der Benehmensherstellung
2. Protokollnotiz - Mehrkostenregelung gemäß § 33 Abs. 9 SGB V

Anlagen

- Anlage 1 Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2020
- Anlage 1a Berechnung des kassenspezifischen Anteils für förderungswürdige Leistungen gemäß Teil 4, § 1 je Quartal 2020
- Anlage 2 Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
- Anlage 3 Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen
- Anlage 3a Kassenindividuelle regionale Sondervereinbarungen
- Anlage 4 Sachkostenformular
- Anlage 5a Förderung der Besuche im Pflege- oder Altenheim
- Anlage 5b Förderung von fachärztlicher Delegation
- Anlage 5c Förderung von Leistungen der hausärztlichen Ultraschalldiagnostik
- Anlage 5d Förderung der neurologischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Gesprächsleistungen
- Anlage 5e Förderung von Leistungen zur Allergie-Diagnostik
- Anlage 5f Förderung von Leistungen zur Behandlung chronischer Wunden
- Anlage 5g Förderung von Leistungen der Sozialpädiatrie
- Anlage 5h Förderung von Leistungen der konservativen Augenheilkunde
- Anlage 5i Förderung von Leistungen der Geriatrie
- Anlage 5j Förderung von Leistungen des konventionellen Röntgens durch Teilradiologen
- Anlage 5k Förderung von Leistungen der orthopädisch-rheumatologischen Versorgung
- Anlage 5l Förderung von Leistungen von Augenärzten, Hautärzten, HNO-Ärzten, Nervenärzten, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie, Neurologen bzw. Psychiatern und Rheumatologen
- Anlage 5m Förderung von Leistungserbringern in unterversorgten Regionen, in von Unterversorgung bedrohten Regionen und in Regionen mit lokalem Versorgungsbedarf

Teil 1 Allgemeine Grundsätze

Präambel

Auf der Basis der gesetzlichen Grundlagen sowie der tangierenden Beschlüsse/Empfehlungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses ((E)BA) vereinbaren die Vereinbarungspartner unter Vermittlung von Herrn Prof. Dr. Beivers (Vorsitzender des Landesschiedsamtes Thüringen) nachfolgende Vergütungsregelungen für die vertragsärztliche Versorgung im Jahr 2020. Diese Vereinbarung wird als Anlage 1 Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

§ 1 Geltungsdauer

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2020 in Kraft und endet am 31.12.2020, ohne dass es einer Kündigung bedarf.
- (2) Die Kündigung eines kassenartenspezifischen Gesamtvertrages berührt die Weitergeltung dieser Vereinbarung nicht.

§ 2 Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Der mit dem Vergleich vom 24.05.2013 insgesamt festgelegte Behandlungsbedarf stellt den angemessenen medizinisch notwendigen Behandlungsbedarf des Jahres 2013 als Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung der MGV nach den jeweils geltenden rechtlichen Regelungen dar. Für die Zukunft werden zur Weiterentwicklung der MGV aufgrund der Morbiditätsstruktur ausschließlich jahresbezogene Veränderungsdaten herangezogen. Gesetzesänderungen, Beschlüsse des (E)BA und BSG-Entscheidungen zu den einschlägigen gesetzlichen Regelungen sind zu berücksichtigen.

§ 3 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vereinbarungsabschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen unberührt. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame oder durchführbare Regelung vereinbart werden, deren Wirkungen der Zielsetzung am nächsten kommt, die die Vereinbarungspartner mit der unwirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben.

§ 4 Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieser Vereinbarung und der Anlagen bedürfen der Schriftform und sind einvernehmlich zwischen den Vereinbarungspartnern abzustimmen. E-Mail sowie die elektronische Form nach §§ 126a bzw. 127 Abs. 3 BGB wahren die Schriftform nicht.

Teil 2

Festlegung der regionalen Euro-Gebührenordnung

§ 1

Festlegung des regionalen Punktwertes in Thüringen

- (1) Der regionale Punktwert in Thüringen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V wird in Höhe des durch den Beschluss des BA in seiner 447. Sitzung zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2020 festgelegten Orientierungswertes vereinbart.
- (2) Der regionale Punktwert beträgt demnach 10,9871 Cent.

§ 2

Regionale Euro-Gebührenordnung

- (1) Die Höhe der Vergütungen für in Punkten bewertete Leistungen des EBM ergibt sich grundsätzlich aus der Multiplikation des Punktwertes nach § 1 und der jeweiligen Leistungsbewertung in Punkten.
- (2) Die Preise für in Punkten bewertete Leistungen werden in einer regionalen Euro-Gebührenordnung abgebildet.
- (3) In Euro ausgewiesene Leistungen sollen grundsätzlich in der im EBM festgelegten Höhe vergütet werden.
- (4) Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (EGV) werden grundsätzlich nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (5) Sofern zwischen den Partnern der Gesamtverträge Leistungen vereinbart werden, welche nicht im EBM enthalten sind, werden diese Leistungen mit den jeweils vereinbarten Preisen vergütet. Die Preise werden als besondere regionale Gebührenordnungspositionen in die regionale Euro-Gebührenordnung einbezogen.

§ 3

Bekanntmachung

Die KVT gibt die regionale Euro-Gebührenordnung öffentlich bekannt.

Teil 3

Berechnung der Gesamtvergütung in Thüringen

§ 1

Grundsätze

Die Gesamtvergütung wird mit Wirkung für die jeweiligen Krankenkassen und deren Versicherten einschließlich des nach § 264 Abs. 2 bis 6 SGB V berechtigten Personenkreises mit Wohnort in Thüringen vereinbart. Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes nach § 264 Abs. 1 SGB V sind von dieser Vereinbarung nicht erfasst.

§ 2

Ermittlung der MGV

- (1) Rechtsgrundlage für die Ermittlung der MGV ist § 87a Abs. 3 i. V. m. Abs. 4 SGB V.
- (2) Die MGV je Krankenkasse wird gemäß Anlage 1 wie folgt ermittelt:

- a) Grundlage der Vereinbarung der Behandlungsbedarfe sind die gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V vereinbarten und um selektivvertragliche Leistungen bereinigten Behandlungsbedarfe des Vorjahresquartals für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KVT. Hierfür sind die Daten der jeweils geltenden Beschlüsse des BA (KASSRG87aMGV_SUM) maßgebend. Dazu werden im Vorfeld die Versichertenzahlen sowie der Behandlungsbedarf quartalsweise bilateral zwischen der KVT und den Krankenkassenverbänden abgestimmt. Das Ergebnis der Abstimmung wird von der KVT für die Kassenart und kassenartenübergreifend zusammengefasst und den Krankenkassenverbänden mitgeteilt.

Für die weitere Ermittlung der kassenspezifischen Anteile wird die ermittelte Ausgangsgröße des Behandlungsbedarfs wie folgt erhöht:

- um den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 06211 EBM ggf. einschließlich Suffices und Pseudoziffern gemäß dem Beschluss des BA in seiner 435. Sitzung; der Erhöhungsbetrag ergibt sich aus der Multiplikation der Häufigkeit der entsprechenden GOP im jeweiligen Vorjahresquartal mit zwei Punkten (für das 1. Quartal 2020) und
- um den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 26310 und 26313 gemäß dem Beschluss des BA in seiner 455. Sitzung; der Erhöhungsbetrag ergibt sich aus der Multiplikation von 306 Punkten mit der Häufigkeit der GOP 26310 inklusive Suffices und der Multiplikation von 31 Punkten mit der Häufigkeit der GOP 26313 inklusive Suffices im jeweiligen Vorjahresquartal unter Beachtung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote des Vorjahresquartals (ab dem 2. Quartal 2020)

sowie bereinigt:

- um 198.000 Punkte je Quartal wegen der Neugestaltung der Leistungen zum Zervixkarzinomscreening und des neu aufgenommenen Abschnittes 1.7.3.2.2 des EBM gemäß Beschluss des BA in seiner 455. Sitzung.
- b) Die ermittelte Ausgangsgröße des Behandlungsbedarfs nach Buchstabe a) wird für die weitere Ermittlung der kassenspezifischen Anteile wie folgt erhöht:
 - um die Leistungsmengen der palliativmedizinischen Leistungen der Abschnitte 3.2.5 (GOP 03370 bis 03374) und 4.2.5 (GOP 04370 bis 04374) EBM des Vorjahresquartals unter Beachtung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote des Vorjahresquartals aufgrund der Eingliederung in die MGV gemäß Beschluss des BA in seiner 408. Sitzung (für das 1. bis 3. Quartal 2020) und

- um 1.247.000 Punkte je Quartal wegen der Aufnahme der GOP 01823 und 01824 in den EBM und der Ausweitung der Leistungsmengen der GOP 01700, 01701, 01840 sowie 40100 gemäß Beschluss des BA in seiner 455. Sitzung (ab dem 2. Quartal 2020)
- sowie bereinigt:
- um die Leistungsmengen der humangenetischen Leistungen GOP 01841, 11230, 11233 bis 11236 EBM des Vorjahresquartals unter Beachtung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquote der Fachgruppe Humangenetik des Vorjahresquartals gemäß Beschluss des BA in seiner 448. Sitzung. Aufgrund der Einführung der GOP 01841 erst zum 1. April 2019 erfolgt die Bereinigung der GOP 01841 im 1. Quartal 2020 gemäß der Abstimmung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem GKV-Spitzenverband. Da die Leistungen nach der GOP 01841 EBM die Leistungen nach den GOP 01835, 01836 und 01837 EBM substituiert haben, wird für das 1. Quartal 2020 die Leistungsmenge des Vorjahresquartals nach der GOP 01841 EBM als die Leistungsmenge des Vorjahresquartals nach den GOP 01835, 01836 und 01837 EBM bestimmt.
 - um die Leistungsmengen der Pauschalen fachärztliche Grundversorgung (GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13594, 13644, 13694, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 21225, 22216, 23216, 26220 und 27220 EBM) des Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins,
 - um die Leistungsmengen der Polysomnographie (GOP 30901 EBM inklusive Suffices) des Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins,
 - um Leistungen, die aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V entsprechend dem Beschluss des BA in seiner 420. Sitzung, zuletzt geändert durch den Beschluss des BA in seiner Sitzung 451. Sitzung, zu bereinigen sind und
 - um alle für das jeweilige Vorjahresquartal aufgrund der Möglichkeit des Bereinigungsverzichts gemäß den jeweils geltenden Beschlüssen des BA für den Bezirk der KVT ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumen.
- c) Der festgestellte Behandlungsbedarf nach Buchstabe b) wird für die weitere Ermittlung des angepassten Behandlungsbedarfs wie folgt bereinigt:
- um 0,1198 Prozent gemäß Beschluss des BA in seiner 451. Sitzung für die Behebung des Kassenwechslereffekts.
- d) *Dies ergibt den angepassten Behandlungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals über alle Krankenkassen.*
- e) Der jeweilige kassenspezifische prozentuale Anteil am angepassten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals aller Krankenkassen wird ermittelt auf der Grundlage der im Vorjahresquartal für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort in Thüringen abgerechneten Leistungen (ARZTRG87aKA_IK) nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung (die im Abrechnungsquartal der MGV in Thüringen angehören) im Verhältnis zu den für Versicherte aller Krankenkassen mit Wohnort in Thüringen im Vorjahresquartal abgerechneten Leistungen (ARZTRG87aKA_SUM) nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung (die im Abrechnungsquartal der MGV in Thüringen angehören). Leistungen der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme (Satzarten ARZTRG87aNVI) werden abgezogen.
- f) Der kassenspezifische Aufsatzwert je Abrechnungsquartal ergibt sich aus der Multiplikation des Behandlungsbedarfs gemäß Buchstabe d) und dem kassenspezifischen prozentualen Anteil gemäß Buchstabe e).

Zudem erfolgt bei der jeweiligen Krankenkasse die Hinzusetzung des für das Vorjahresquartal ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens aufgrund der Möglichkeit des Bereinigungsverzichts gemäß Beschluss des BA in seiner 400. Sitzung.

- g) Dieser kassenspezifische Aufsatzwert wird korrigiert:
- um die Veränderung der kassenspezifischen Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal gegenüber dem Vorjahresquartal,
 - um die Leistungsmengen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V (TSVG-Konstellationen) gemäß Teil C Schritt 6 des Beschlusses des BA in seiner 444. Sitzung, beginnend vom Tag des Inkrafttretens der jeweiligen TSVG-Konstellation bis zum Tag vor dem jeweiligen Inkrafttreten im Folgejahr.
- h) *Hieraus ergibt sich der kassenspezifische Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs.*
- i) Der kassenspezifische Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs je Abrechnungsquartal wird um die Punktwertzuschläge in Höhe von 1,41 Cent (Kennzeichnung mit Suffix T)¹ des jeweiligen Vorjahresquartals für
- die konservative Augenheilkunde (GOP 06225),
 - die Pflegeheimversorgung (GOP 01410H, 01411H, 01412H, 01413H und 01415),
 - die neurologische oder psychiatrische Versorgung in Heimen (GOP 16231 und 21231),
 - die Harnableitungen in der häuslichen Pflege, in Heimen oder Wachkomaabteilungen (GOP 02322 und 02323),
 - die neurologischen und psychiatrischen Gesprächsleistungen (GOP 14220, 16220 und 21220) und
 - die Polysomnographie (GOP 30901)
- sowie
- um die 0,54 Prozent² des weiterentwickelten kassenspezifischen Aufsatzwertes des bereinigten Behandlungsbedarfs (Teil 3, § 2 Abs. 2 Buchstabe k) der Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen für das Jahr 2019) des Vorjahresquartals bereinigt.
- j) Anschließend wird die Differenz aus den Buchstaben h) und i) um die Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V in Höhe von 0,2614 Prozent aufgrund der Gewichtung von 50 : 50 der vom BA in seiner 441. Sitzung beschlossenen diagnose- und demografiebezogenen Veränderungsrate erhöht.
- k) Zu dem kassenspezifischen Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs nach Buchstabe h) sind die für das aktuelle Abrechnungsquartal aktualisierten vertragsübergreifenden Gesamtbereinigungsmengen bei Selektivverträgen je Versicherten der Krankenkasse, multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenanzahl der Krankenkasse im Vorjahresquartal, zu addieren.
- l) Auf den kassenspezifischen Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs nach Buchstabe h) erfolgt für Neueinschreiber in und Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen sowie für Bestandsteilnehmer im Falle einer Änderung des Versorgungsumfanges des Selektivvertrages anschließend eine basiswirksame Differenzbereinigung im Abrechnungsquartal.

¹ entspricht Teil 3, § 3 Abs. 1 der Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen für das Jahr 2019

² entspricht Teil 3, § 3 Abs. 2 der Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen für das Jahr 2019

m) Unter Berücksichtigung der Veränderungen der Buchstaben i) bis l) ergibt sich der weiterentwickelte kassenspezifische Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs für das jeweilige Abrechnungsquartal.

- (3) Die kassenspezifische MGV je Quartal ergibt sich aus der Multiplikation des weiterentwickelten kassenspezifischen Aufsatzwertes des bereinigten Behandlungsbedarfs je Abrechnungsquartal mit dem regionalen Punktwert in Höhe von 10,9871 Cent.
- (4) Bei Fusionen von Krankenkassen mit Versicherten in Thüringen wird für die neue (fusionierte) Krankenkasse ein neuer nach Versichertenzahlen gewichteter kassenspezifischer Aufsatzwert ermittelt.
- (5) Sofern Versicherte einer Krankenkasse ihren Wohnsitz im Ausland haben und diese in der Meldung der Versichertenzahlen enthalten sind, erfolgt die Abrechnung dieser Versicherten analog den übrigen Versicherten, d. h., dass in die Summe der Versicherten die Wohnausländer hinzuzurechnen sind.
- (6) Bei Krankenkassen, für die aus dem Jahr 2019 kein Leistungsbedarf und keine Versicherten zur Berechnung der MGV für das Jahr 2020 vorliegen und für die im Jahr 2020 erstmals Versicherte und Leistungsbedarf in Thüringen festgestellt werden, werden die vertragsärztlichen Leistungen, welche nach dieser Vereinbarung innerhalb der MGV zu vergüten sind, für einen Zeitraum von maximal 4 Quartalen mit dem nach dieser Vereinbarung geltenden Punktwert für Leistungen der MGV unter Anwendung der kassenartenindividuellen durchschnittlichen Abstaffelungsquote vergütet.

§ 3

Nicht vorhersehbarer morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf

- (1) Eine Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V für das Jahr 2020 erfolgt gemäß Beschluss des BA in seiner 441. Sitzung.
- (2) Gemäß der Beschlüsse des BA in seiner 472. und 473. Sitzung gelten alle ärztlichen Leistungen, die seit dem 1. Februar 2020 aufgrund des klinischen Verdachts auf eine Infektion oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) nach ärztlichem Ermessen unter Berücksichtigung der Kriterien des Robert Koch Institutes erforderlich werden, ohne weitere Feststellung als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen (Nr. 2 des Beschlusses des BA in seiner 441. Sitzung) für das Jahr 2020.
- (3) Gemäß Beschluss des BA in seiner 441. Sitzung ist festzustellen, dass sich für das Jahr 2017 kein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen sowie aufgrund von Ausnahmeereignissen für die KVT ergibt.

§ 4

Vergütung außerhalb der MGV

- (1) Die Leistungen der Anlage 2 (Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung), der Anlage 3 (Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen) und der Anlage 3a (Kassenindividuelle regionale Sondervereinbarungen) werden außerhalb der MGV vergütet und bis zur Ebene 6 im Formblatt 3 ausgewiesen.
- (2) Die Vergütung der Pauschalen fachärztliche Grundversorgung der Anlage 2 Nr. 73 erfolgt außerhalb der MGV zur Sicherstellung und Stärkung der flächendeckenden fachärztlichen Grundversorgung der Versicherten. Die Regelung wird durch die Vereinbarungspartner nach

Vorlage von acht Abrechnungsquartalen mit Wirkung zum 01.01.2023 einer grundsätzlichen Überprüfung auf ihre Wirksamkeit hin unterzogen, um zu entscheiden, ob diese fortgeführt wird. Die Vereinbarungspartner haben sich zum Ziel gesetzt, die fachärztliche Grundversorgung zu verbessern.

Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere die Entwicklung der Anzahl der fachärztlich grundversorgten Behandlungsfälle.

Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2018 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:

- a) Die Anzahl der fachärztlich grundversorgten Behandlungsfälle soll sich von 4.623.550 auf 4.700.000 erhöhen.
- b) Der Anteil der fachärztlich grundversorgten Behandlungsfälle soll sich im Vergleich zu den fachärztlichen Behandlungsfällen von 36,8 % auf 37,0 % erhöhen.

Im Rahmen der Zielbewertung kann auch die Entwicklung innerhalb der Fachgruppen betrachtet werden.

- (3) In Umsetzung der Protokollnotiz in Teil B des Beschlusses des BA in seiner 436. Sitzung werden die Nachvergütungsbeträge für psychotherapeutische Leistungen ab dem 1. Quartal 2013 im Formblatt 3, Kontenart 996, Vorgang 14 ausgewiesen.

Ergänzend erhalten die Krankenkassen kassenspezifische Übersichten, welche mindestens folgende Informationen enthalten:

- Abrechnungsquartal,
- GOP,
- Anzahl der GOP,
- (KV-spezifischer) Punktwert zur Vergütung der GOP.

§ 5

Anrechnung von Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen

Ausgaben der Krankenkassen für Kostenerstattungsleistungen nach §§ 13 Abs. 2 und 53 Abs. 4 SGB V sind auf die MGV gemäß § 2 anzurechnen. Die konkrete Umsetzung erfolgt bilateral zwischen der KVT und der jeweiligen Krankenkasse.

§ 6

Abschlagszahlungen

- (1) Vorbehaltlich der endgültigen Abrechnung leisten die Krankenkassen nach Anforderung durch die KVT bis zum zweiten Banktag (Wertstellung) des Folgemonats für den vorangegangenen Monat eine Abschlagszahlung in Höhe von 30 Prozent der vorläufigen MGV je Quartal des jeweiligen Vorjahresquartals zuzüglich 1,7814 Prozent unter Berücksichtigung der aktuell vorliegenden Versichertenzahlen je Krankenkasse.
- (2) Die Höhe der monatlichen Abschlagszahlungen auf die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu zahlenden Leistungsanteile und Sachkosten (inkl. auf kassenartenübergreifende oder kassenartenindividuelle regionale Vereinbarungen entfallende Honorierungen und Kostenerstattungen) wird auf 30 Prozent des jeweiligen Vorjahresquartals (Leistungsbedarf lt. regionaler Euro-Gebührenordnung in Euro) festgelegt.
- (3) Für Krankenkassen, bei denen die Abforderung den Betrag von 2.000 Euro nicht übersteigt, erfolgt keine Abforderung von Abschlagszahlungen.

§ 7

Quartalsbezogene Endabrechnung

- (1) Durch die KVT erfolgt eine quartalsbezogene kassenindividuelle Endabrechnung für die tatsächlich erbrachten vertragsärztlichen Leistungen für bereichseigene und bereichsfremde Ärzte.
- (2) Durch die Krankenkassen zu viel geleistete Abschlagszahlungen sind den jeweiligen Krankenkassen innerhalb einer Frist von 10 Arbeitstagen zurückzuzahlen.
- (3) Die Restzahlungen sind innerhalb von 10 Tagen nach Eingang des Rechnungsbriefes zur quartalsbezogenen Endabrechnung unter Berücksichtigung der fristgemäß eingegangenen rechnungsbegründenden Unterlagen (Formblätter 3 für bereichseigene Ärzte, bereichsfremde Ärzte sowie bereichseigene und bereichsfremde Ärzte, DA-Einzelfallnachweise (EFN), DA-Nicht vertragskonforme Inanspruchnahme des Kollektivvertrages (NVI), Anlagen zu den Gut- und Lastschriften) bei den Krankenkassen von diesen zu begleichen. Im Rechnungsbrief hat der Ausweis der berechneten quartalsbezogenen MGV nach Teil 3, § 2 Abs. 3 zu erfolgen.
- (4) Für die Abrechnung der Leistungen gelten die jeweils aktuellen Formblatt 3-Inhaltsbeschreibungen.
- (5) Für den Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V werden mit der quartalsbezogenen Endabrechnung 0,2 Prozent der zum Zeitpunkt der quartalsbezogenen Endabrechnung vorliegenden MGV über den Vorgang 059 abgefordert.

§ 8

Honorarkürzungen nach §§ 95d und 291 Abs. 2b Satz 14 SGB V

- (1) Honorarkürzungen nach § 95d SGB V wegen eines nicht oder nicht vollständig erbrachten Fortbildungsnachweises nach § 95d Abs. 3 SGB V sind anteilig für Leistungen der Anlage 2 an die Krankenkassen zurückzuzahlen. Die KVT ermittelt die betreffenden Honorarkürzungen je Krankenkasse aus den Abrechnungen des zu kürzenden Zeitraums. Die Rückzahlung an die Krankenkassen erfolgt mit der nächstmöglichen Quartalsabrechnung. Der Ausweis erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 400, Vorgang 141 für die Fälle nach § 95d Abs. 3 SGB V. Sofern die Honorarkürzungen nach Abschluss der jeweiligen Verwaltungs- bzw. Gerichtsverfahren nicht bestands- bzw. rechtskräftig geworden sind, erfolgt automatisch eine Verrechnung im Formblatt 3 im vorgenannten Vorgang.
- (2) Honorarkürzungen nach § 291 Abs. 2b Satz 14 SGB V in Fällen der nicht erfolgten Durchführung der Prüfung nach § 291 Abs. 2b Satz 3 SGB V (Versichertenstammdatendienst) sind anteilig für Leistungen der Anlage 2 an die Krankenkassen zurückzuzahlen. Die KVT ermittelt die betreffenden Honorarkürzungen je Krankenkasse aus den Abrechnungen des zu kürzenden Zeitraums. Die Rückzahlung an die Krankenkassen erfolgt mit der nächstmöglichen Quartalsabrechnung. Der Ausweis erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 400, Vorgang 142 für die Fälle nach § 291 Abs. 2b Satz 14 SGB V. § 291 Abs. 2b Sätze 15 bis 17 SGB V sind zu berücksichtigen. Sofern die Honorarkürzungen nach Abschluss der jeweiligen Verwaltungs- bzw. Gerichtsverfahren nicht bestands- bzw. rechtskräftig geworden sind, erfolgt automatisch eine Verrechnung im Formblatt 3 im vorgenannten Vorgang.

Teil 4 **Förderungswürdige Leistungen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V**

Grundsätze

- (1) Gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V können auf Grundlage von durch den BA festzulegenden Kriterien zur Verbesserung der Versorgung Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen sowie Leistungserbringer vereinbart werden. Mit dem Beschluss des BA in seiner 456. Sitzung wurden die Kriterien mit Wirkung zum 01.10.2019 neu gefasst.
- (2) Die Krankenkassen stellen für besonders förderungswürdige Leistungen sowie Leistungserbringer einen Betrag von 13,8 Mio. € außerhalb der MGV zur Verfügung.
- (3) Sofern sich die Rahmenbedingungen für die Förderleistungen verändern, stimmen sich die Vereinbarungspartner zu den Auswirkungen ab.

§ 1

Förderungswürdige Leistungen und Leistungserbringer

- (1) Gemäß dem Beschluss des BA in seiner 456. Sitzung können die Gesamtvertragspartner gemeinsam und einheitlich die Förderung von Leistungen des EBM vereinbaren, soweit Veränderungen in Art oder Häufigkeit der Erbringung zu einer Verbesserung der Versorgung führen. Eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten nach diesem Beschluss liegt dann vor,
 - wenn im Sinne der Verbesserung der Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität der Behandlungserfolg gesteigert werden kann, oder
 - wenn aufgrund einer Steigerung oder Beibehaltung der bisherigen Leistungserbringung stationäre Behandlungen oder unnötige Krankentransporte vermieden werden können, oder
 - wenn bestehende bzw. sich abzeichnende Versorgungsmängel durch gezielte Förderung reduziert bzw. vermieden werden können, beispielsweise durch Veränderungen oder Erweiterungen der Angebotsstrukturen.
- (2) Für die nachstehenden förderungswürdigen Leistungen werden die zur Verfügung stehenden 13,8 Mio. € quartalsweise wie folgt aufgeteilt:

a) Besuche im Pflege-/Altenheim	Anlage 5a	250.000,00 €
b) Fachärztliche Delegation	Anlage 5b	75.000,00 €
c) Hausärzte – Ultraschalldiagnostik	Anlage 5c	125.000,00 €
d) Neurologische & psychiatrische Gespräche	Anlage 5d	600.000,00 €
e) Allergologie	Anlage 5e	137.500,00 €
f) Chronische Wunde	Anlage 5f	100.000,00 €
g) Sozialpädiatrie	Anlage 5g	100.000,00 €
h) Konservative Augenheilkunde	Anlage 5h	375.000,00 €
i) Geriatrie	Anlage 5i	375.000,00 €
j) Konventionelles Röntgen – Teilradiologen	Anlage 5j	250.000,00 €
k) Orthopädisch-rheumatologische Versorgung	Anlage 5k	12.500,00 €
l) Besonders förderungswürdige Leistungen der Augenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Neurologen bzw. Psychiater und Rheumatologen	Anlage 5l	1.050.000,00 €

- (3) Die Details zur jeweiligen Fördersystematik und -höhe werden in den jeweiligen Anlagen geregelt.
- (4) Über- oder Unterdeckungen der jeweiligen Fördervolumen nach Abs. 2 werden zwischen den einzelnen Fördervolumen ausgeglichen.
- (5) Sofern im Abrechnungsquartal nach Ausgleich aller Unterdeckungen der Förderungen das Fördervolumen nach Abs. 2 weiterhin unterschritten wird, ist der Restbetrag zur Förderung von Leistungserbringern in unterversorgten Regionen bzw. in von Unterversorgung bedrohten Regionen (§ 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V) oder in Regionen mit lokalem Versorgungsbedarf (§ 100 Abs. 3 SGB V) gemäß Anlage 5m zu verwenden.
- (6) Sofern im Abrechnungsquartal das Fördervolumen nach Abs. 2 insgesamt überschritten wird, erfolgt mit Ausnahme der Förderung nach Anlage 5b (Fachärztliche Delegation) eine Quotierung der jeweiligen Punktwertzuschläge, wobei die Quotierungen individuell auf die jeweilige Förderung der einzelnen Anlagen erfolgen. Bei Bedarf der Stützung der Förderung der Anlage 5b (Fachärztliche Delegation) werden die notwendigen Finanzmittel über eine Absenkung des Fördervolumens nach Abs. 2 Buchstabe l) zur Verfügung gestellt.
- (7) Sofern im Abrechnungsquartal nach Durchführung der Fördermaßnahmen nach Abs. 2 und 5 das Fördervolumen nach Abs. 2 noch unterschritten wird, ist der Restbetrag in das Folgequartal zu übertragen.

§ 2 Abrechnung

- (1) Die Kennzeichnung der Zuschläge für die jeweiligen förderungswürdigen Leistungen wird in den jeweiligen Anlagen definiert.
- (2) Die kassenspezifischen Anteile nach § 1 Abs. 2 je Quartal ergeben sich aus dem jeweiligen Anteil der Krankenkasse bei der Anteilsbildung im Zusammenhang mit den Berechnungen der Quartals-MGV aus dem kassenspezifischen prozentualen Anteil unter Berücksichtigung der Entwicklungen der Versichertenzahlen. Die Anteile berechnen sich für den EGV-Förderfonds gemäß Anlage 1a.

Sofern für die jeweilige Krankenkasse Abrechnungen für bereichseigene Ärzte für geförderte GOP aus dem EGV-Förderfonds vorliegen, erfolgt der Ausweis auf GOP-Ebene im Formblatt 3 unter der Rubrik "außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung".

Sofern bei der jeweiligen Krankenkasse für bereichseigene Ärzte keine über den EGV-Förderfonds geförderten GOP abgerechnet wurden, erfolgt der Ausweis im Formblatt 3 gemäß den KBV-Vorgaben im Vorgang 067.

Des Weiteren wird der jeweilige Gesamtförderbetrag im Formblatt 3 gemäß den KBV-Vorgaben im Vorgang 970 als statistischer Wert dargestellt.

Zur Nachvollziehbarkeit werden jeder Krankenkasse auf dem jeweiligen SFTP-Server im Rahmen der Quartalsabrechnung detaillierte Nachweise zu den verauslagten Mitteln bereitgestellt.

§ 3 Evaluation

Die Vereinbarungspartner legen gemäß Punkt 5. des BA in seiner 456. Sitzung zum Zweck der regelmäßigen Überprüfung der förderungswürdigen Leistungen überprüfbare Ziele für die jeweiligen Fördermaßnahmen (in den Anlagen 5a - 5l) fest. Eine Bewertung der Zielerreichung der jeweiligen Fördermaßnahme erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von acht Abrechnungsquartalen. Nach Vorlage von vier Abrechnungsquartalen erfolgt bereits eine gemeinsame Betrachtung der Zwischenergebnisse. Die Details zur Umsetzung der Evaluation werden in den jeweiligen Anlagen geregelt.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den 03.04.2020

gez. Dr. med. Annette Rommel
1. Vorsitzende des Vorstandes der
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Thüringen

gez. IKK classic

gez. Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten
und Gartenbau (SVLFG),
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

gez. KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Frankfurt/Main

gez. Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

1. Protokollnotiz

Grundsätze für das Verfahren der Benehmensherstellung

In Umsetzung der Benehmensherstellung zur Honorarverteilung gemäß § 87b SGB V vereinbaren die Partner der Gesamtverträge in Thüringen folgende Verfahrensgrundsätze:

- (1) Um den Thüringer Krankenkassenverbänden ausreichend Zeit für die Benehmensherstellung zur Honorarverteilung zur Verfügung zu stellen, übermittelt die KVT den Krankenkassenverbänden rechtzeitig vor der Beschlussfassung den angedachten Honorarverteilungsmaßstab. Grundsätzlich wird dabei eine Frist von 4 Wochen als angemessen angesehen.
- (2) Mit der Übermittlung der Unterlagen ist den Krankenkassenverbänden die Möglichkeit eines Erörterungstermins anzubieten, der bei Bedarf genutzt werden kann.

2. Protokollnotiz

Mehrkostenregelung gemäß § 33 Abs. 9 SGB V

- (1) Solange durch den BA keine Abrechnungsgrundlagen im EBM zur Mehrkostenregelung bei Intraokularlinsen (IOL) gemäß § 33 Abs. 9 SGB V geschaffen werden, findet nachfolgendes Abrechnungsverfahren Anwendung.
- (2) Sofern im Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen ambulanten Katarakt-Operation eine nicht indizierte Sonder-IOL auf Wunsch des Patienten implantiert wird, erstellt der Vertragsarzt eine gesonderte Rechnung an den Versicherten. Hierbei sind die vertragsärztlichen Leistungen auf der Basis des EBM sowie die vertraglich vereinbarten Sachkosten für Linsenimplantate analog einer medizinisch notwendigen Katarakt-Operation in Abzug zu bringen.
- (3) Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen sowie der vertraglich vereinbarten Linsenpreise erfolgt durch den Vertragsarzt über die KVT. Bei der Abrechnung sind die Leistungen und die Pseudo-GOP für die Linsen mit einem „L“ zu kennzeichnen.
- (4) Die über die o. g. Leistungen gemäß Abs. 3 hinausgehenden Mehrkosten der Linse sowie zusätzliche ärztliche Leistungen, welche ausschließlich durch die Implantation der Sonderlinse notwendig werden, können entsprechend der abzuschließenden schriftlichen Vereinbarung (§ 18 Abs. 8 Satz 3 Nr. 3 BMV-Ä) privat gegenüber den Versicherten liquidiert werden.

Anlage 1 Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2020

Stand: 02. April 2020

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

	Summe GKV	Summe VKNR
--	-----------	------------

Berechnung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs (BB) im Vorjahresquartal (2.2.1)

[1]	basiswirksam vereinbarter und um die Selektivverträge bereinigter BB			
[2]	Erhöhung aufgrund der Höherbewertung der GOP 06211 gem. Erratum zum BA-Beschluss in seiner 435. Sitzung		bis 1/20	
[3]	Erhöhung aufgrund der Höherbewertung der GOP 26310 und 26313 gem. BA-Beschluss in seiner 455. Sitzung		ab 2/20	
[4]	Bereinigung aufgrund Neugestaltung der Leistungen zum Zervixkarzinomscreening gem. BA-Beschluss in seiner 455. Sitzung			
[5]	Ausgangsgröße für weitere Ermittlung der kassenspez. Anteile	$[5] = [1] + [2] + [3] - [4]$		
[6]	Erhöhung der Leistungen für die palliativmedizinische Versorgung der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 408. Sitzung		bis 3/20	
[7]	Erhöhung aufgrund der Aufnahme der GOP 01823 und 01824 EBM und der Ausweitung der Leistungsmengen der GOP 01700, 01701 und 01840 sowie der Kostenpauschalen nach GOP 40100 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 455. Sitzung		ab 2/20	
[8]	Bereinigung der Leistungen nach den GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 448. Sitzung			
[9]	Bereinigung um die Leistungsmengen der Pauschalen fachärztliche Grundversorgung			
[10]	Bereinigung um die Leistungsmengen der Polysomnographie (GOP 30901 EBM)			
[11]	Differenzbereinigungsmenge ASV			
[12]	Bereinigungsvolumen aufgrund Bereinigungsverzicht			
[13]	festgestellter BB	$[13] = [5] + [6] + [7] - [8] - [9] - [10] - [11] + [12]$		
[14]	basiswirksame Anpassung des BB im Zusammenhang mit der Behebung des Kassenwechslereffekts gem. BA-Beschluss in seiner 451. Sitzung (-0,1198%)	$[14] = [13] \cdot -0,001198$		
[15]	angepasster BB	$[15] = [13] + [14]$		

Berechnung des kassenspezifischen Anteils am vereinbarten, bereinigten BB im Vorjahresquartal (2.2.2)

[16]	abgerechneter LB in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals (incl. Korrekturen, aber ohne Berücksichtigung geschlossener KK)			
[17]	kassenspezifischer prozentualer Anteil	$[17] = [16] / \text{GKV}[16]$		

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

Summe GKV	Summe VKNR
-----------	------------

Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes des bereinigten BB im Abrechnungsquartal (2.2.3)

[18] aufgeteilter BB	[18] = GKV[15]*[17]		
[19] ermitteltes und vorliegendes vorauss. Bereinigungsvolumen aufgrund des Bereinigungsverzichts			
[20] kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal			
[21] kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal			
[21a] davon entfallene Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal je fusionierende Krankenkasse			
[22] bereinigungsrelevanter BB durch Inkrafttreten der Vergütungsregelungen des TSVG gem. BA-Beschluss in seiner 444. Sitzung			
[23] kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	[23] = $\frac{([18]+[19])}{[20]*[21]-[22]}$		

Verwendung des kassenspezifischen Aufsatzwertes des bereinigten BB im Abrechnungsquartal (2.2.4)

[24] kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	[24] = [23]		
[25] abzügl. Anteil der förderungswürdigen Leistungen des jeweiligen Vorjahresquartals nach Teil 3 § 3 Abs. 1 der Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen für das Jahr 2019			
[26] abzügl. Anteil der förderungswürdigen Leistungen des jeweiligen Vorjahresquartals nach Teil 3 § 3 Abs. 2 der Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen für das Jahr 2019			
[27] zuzügl. Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 SGB V (0,2614%)	[27] = $\frac{([24]-[25]-[26])}{*0,002614}$		
[28] aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmenge multipliziert mit der Differenz der Versichertenzahl vom Abrechnungs- zum Vorjahresquartal			
[29] Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge			
[30] weiterentwickelter kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	[30] = $[24]-[25]-[26]+[27]+[28]-[29]$		
[31] kassenspezifische MGW berechnet mit PW 10,9871 Cent	[31] = [30]*0,109871		

Anlage 1 zur Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2020

Legende:

[1]	basiswirksam vereinbarter und um die Selektivverträge bereinigter BB	BB_von KV (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM“); bei Verwendung von Korrekturwerten erfolgt im Vorfeld Abstimmung mit LV der KK
[2]	Erhöhung aufgrund der Höherbewertung der GOP 06211 gem. Erratum zum BA-Beschluss in seiner 435. Sitzung	um den zu erwarteten Mehrbedarf für die Höherbewertung der GOP 06211 incl. Suffices und Pseudoziffern auszugleichen, wird dem BB der Wert durch Multiplikation der Häufigkeit der GOP im Vorjahresquartal 1/19 mit 2 Punkten hinzugefügt
[3]	Erhöhung aufgrund der Höherbewertung der GOP 26310 und 26313 gem. BA-Beschluss in seiner 455. Sitzung	der Erhöhungsbetrag ergibt sich ab 2/20 durch Multiplikation von 306 Punkten mit der Häufigkeit der GOP 26310 incl. Suffices und durch Multiplikation von 31 Punkten mit der Häufigkeit der GOP 26313 incl. Suffices im jeweiligen Vorjahresquartal sowie der KV-spez. Abstufungsquote
[4]	Bereinigung aufgrund Neugestaltung der Leistungen zum Zervixkarzinomscreening gem. BA-Beschluss in seiner 455. Sitzung	aufgrund Einsparung bei anderen GOP wegen der Neuaufnahme der Leistungen im Abschnitt 1.7.3.2.2 EBM und deren Finanzierung außerhalb der MGV wird BB je Quartal um 198.000 Punkte abgesenkt
[6]	Erhöhung der Leistungen für die palliativmedizinische Versorgung der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 408. Sitzung	LB_von KV (Summierung der GOP der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM aus Satzart „ARZTRG87aKA_IK“ des jeweiligen Vorjahresquartals; die KV-spez. Abstufungsquote wird nicht auf eins gesetzt)
[7]	Erhöhung aufgrund der Aufnahme der GOP 01823 und 01824 EBM und der Ausweitung der Leistungsmengen der GOP 01700, 01701 und 01840 sowie der Kostenpauschalen nach GOP 40100 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 455. Sitzung	aufgrund Neuaufnahme und Ausweitung von Leistungsbewertungen wird der BB ab dem Quartal 2/20 jeweils um 1.247.000 Punkte erhöht
[8]	Bereinigung der Leistungen nach den GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 448. Sitzung	LB_von KV (Summierung der GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236 incl. Suffices EBM aus Satzart „ARZTRG87aKA_IK“ des jeweiligen Vorjahresquartals; abweichend von Nr. 2.2.1.2 Ziffer 2 des BA-Beschlusses in seiner 411. Sitzung wird hier die arztgruppenspezifische Auszahlungsquote der Fachgruppe Humangenetik des Vorjahresquartals angewendet)
[9]	Bereinigung um die Leistungsmengen der Pauschalen fachärztliche Grundversorgung	LB_von KV (Summierung der GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13594, 13644, 13694, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 21225, 22216, 26220 und 27220 EBM aus Satzart „ARZTRG87aKA_IK“ des jeweiligen Vorjahresquartals; die KV-spez. Abstufungsquote wird auf eins gesetzt)
[10]	Bereinigung um die Leistungsmengen der Polysomnographie (GOP 30901 EBM)	LB_von KV (Summierung der GOP 30901 incl. Suffices EBM aus Satzart „ARZTRG87aKA_IK“ des jeweiligen Vorjahresquartals; die KV-spez. Abstufungsquote wird auf eins gesetzt)
[11]	Differenzbereinigungsmenge ASV	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[12]	Bereinigungsvolumen aufgrund Bereinigerverzeichnis	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[16]	abgerechneter LB in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals (incl. Korrekturen, aber ohne Berücksichtigung geschlossener KK)	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[19]	ermitteltes und vorliegendes voraus. Bereinigungsvolumen aufgrund des Bereinigerverzeichnisses	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[20]	kassenspezifische Versicherungszahlen im Vorjahresquartal	Vers_von KV (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_IK“); bei Verwendung von Korrekturwerten erfolgt im Vorfeld Abstimmung mit LV der KK
[21]	kassenspezifische Versicherungszahlen im Abrechnungsquartal	Versicherte, Wohnausländer und Betreute aus Satzart „ANZVER87a“
[21a]	davon entfallene Versicherungszahlen im Abrechnungsquartal je fusionierende Krankenkasse	der Ausweis erfolgt nur bei einer Fusion, die nicht vollumfänglich vollzogen wurde; Anzahl der Versicherten, Wohnausländer und Betreute aus Satzart ANZVER 87a
[22]	bereinigungsrelevanter BB durch Inkrafttreten der Vergütungsregelungen des TSVG gem. BA-Beschluss in seiner 444. Sitzung	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[25]	abzügl. Anteil der förderungswürdigen Leistungen des jeweiligen Vorjahresquartals nach Teil 3 § 3 Abs. 1 der Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen für das Jahr 2019	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[26]	abzügl. Anteil der förderungswürdigen Leistungen des jeweiligen Vorjahresquartals nach Teil 3 § 3 Abs. 2 der Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen für das Jahr 2019	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[28]	aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmenge multipliziert mit der Differenz der Versicherungszahl vom Abrechnungs- zum Vorjahresquartal	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[29]	Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[31]	kassenspezifische MGV berechnet mit PW 10,9871 Cent	Hinweis: Wenn eine Fusion nicht voll umfänglich vollzogen wurde, dann bei der Berechnung der kassenspezifischen MGV den aufgeteilten BB (ist identisch für alle Fusionskassen) teilen durch die Summe der Versicherten aller Fusionskassen des entsprechenden Abrechnungsquartals und multiplizieren mit den Versicherten der jeweiligen Fusionskasse des entsprechenden Abrechnungsquartals unter Berücksichtigung weiterer Sachverhalte gem. den gültigen Beschlüssen. Anschließend sind die weiteren Berechnungsschritte analog der Vorgabe durchzuführen.

- gelb gekennzeichnete Flächen werden nicht mit Werten hinterlegt

- der BB wird mit vier Stellen hinter dem Komma errechnet und mit einer Stelle hinter dem Komma kaufmännisch gerundet ausgegeben

Anlage 1a Berechnung des kassenspezifischen Anteils für förderungswürdige Leistungen gemäß Teil 4, § 1 je Quartal 2020

Stand: 01. April 2020

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

		Summe GKV	Summe VKNR
[1]	Förderbetrag je Quartal GKV	3.450.000,00 €	
[2]	kassenspezifischer prozentualer Anteil (Verwendung aus der MGV-Berechnung)	100,00000%	
[3]	Förderbetrag nach kassenspezifischen prozentualen Anteil	[3] = GKV[1]*[2]	3.450.000,00 €
[4]	Berücksichtigung der Entwicklung der Versichertenzahlen:		
[5]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal		
[6]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal		
[7]	Anwendung der Versichertenentwicklung auf Aufteilung	GKV[7] = fester Wert je Quartal VKNR[7] = [3]/[5]*[6]	
[8]	prozentualer Anteil an der Versichertenentwicklung (neu)	[8] = [7]/GKV[7]	100,00000%
[9]	Anteil am festen Förderbetrag	[9] = [8]*GKV[9]	3.450.000,00 €

Anlage 2 Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

(1) Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden nicht in die MGV einbezogen und sind daher von den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten. Soweit es sich um in Punkten bewertete Leistungen handelt, werden diese mit dem gemäß Teil 2, § 1 anzuwendenden regionalen Punktwert vergütet.

1	Belegärztliche Leistungen	Kapitel 36 sowie GOP 13311, 17370 und GOP 08410 bis 08416 bei belegärztlicher Erbringung sowie belegärztliche Begleitleistungen gemäß der Vereinbarung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit (belegärztliche Behandlung) in der jeweils gültigen Fassung
2	Ambulante Operationen	Kapitel 31 sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13431
3	Prävention	Abschnitte 1.7.1, 1.7.2 (sowie GOP 32880 bis 32882), 1.7.3 (sowie GOP 40850 und 40852) und 1.7.4
4	Durchführung von Vakuumstanzbiopsien	GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855
5	Strahlentherapie	Kapitel 25 und GOP 40840 und 40841
6	Phototherapeutische Keratektomie	GOP 31362, 31734, 31735 und 40680
7	Künstliche Befruchtung	<p>GOP 01510 bis 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08510, 08530, 08531, 08540 bis 08542, 08550 bis 08552, 08560, 08561, 08575, 08576, 11301, 11302, 11351, 11352, 11501 bis 11503, 11506, 11508, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33090, 36272, 36503 und 36822 sowie die Kostenpauschalen der Leistungen nach den GOP 32354, 32356, 32357, 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781 (für das 1. Quartal 2020)</p> <p>GOP 01510 bis 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08510, 08530, 08531, 08535, 08537 bis 08540, 08550, 08555, 08558, 08575, 08576, 11301, 11302, 11351, 11352, 11501 bis 11503, 11506, 11508, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33090, 36272, 36503 und 36822 sowie die Kostenpauschalen der Leistungen nach den GOP 32354, 32356, 32357, 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781 (ab dem 2. Quartal 2020)</p>

		Die Leistungen der künstlichen Befruchtung werden von der KVT mit „X“ gekennzeichnet. Die mit einem „X“ versehenen Leistungen werden mit dem 50 %igen Punktzahlvolumen der GOP im Formblatt 3 ausgewiesen.
8	Substitutionsbehandlung und Leistungen zur diamorphin-gestützten Behandlung Opiatabhängiger	Abschnitt 1.8
9	Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V	GOP 01425 und 01426
10	HLA-/HPA-Antikörperdiagnostik	GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943, 32948 und 32949
11	Leistungen im Rahmen der Versorgung von HIV-Infizierten	Abschnitt 30.10
12	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese/ Apherese bei rheumatoider Arthritis	GOP 13620 bis 13622
13	Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen	Abschnitt 32.2.8
14	Dialysesachkosten	Abschnitt 40.14
15	Balneophototherapie	GOP 10350
16	Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis bei ungeklärter Immunitätslage im Rahmen der Empfängnisregelung	GOP 01833
17	Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikations-Therapie von Trägern mit MRSA	Abschnitt 30.12
18	Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen	Abschnitt 35.2 für alle Arztgruppen sowie GOP 35150 (Zusatz Großbuchstaben „P“, „Q“, „T“ oder „V“) für genannte Arztgruppen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V GOP 80542 und 80552 (Gruppentherapien mit nur 2 TN, die vor Einführung der neuen Psychotherapie-Richtlinie am 1. April 2017 beantragt wurden)

19	Schmerztherapeutische Leistungen für ausschließlich schmerztherapeutisch tätige bereichseigene Ärzte	Abschnitt 30.7.1 – GOP 30700 (Zusatz Großbuchstaben „M“, „N“, „U“, „X“, „Y“ oder „Z“), GOP 30702, 30704, 30706 und 30708 (Zusatz Großbuchstabe „U“)
20	Narkosen bei zahnärztlichen Behandlungen bereichseigener Ärzte	GOP 01320, 05210, 05211, 05212, 05230, 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 (Zusatz Großbuchstaben „Z“, „Y“, „V“, „G“)
21	Leistungen der spezifischen Immuntherapie	GOP 30130 und 30131
22	Kinderpneumologische Leistungen	Abschnitt 4.5.2
23	Nephrologie und Dialyse	Abschnitt 13.3.6 (ohne GOP 13594, 13596, 13597, 13620 bis 13622)
24	Pädiatrische Nephrologie und Dialyse	Abschnitt 4.5.4 sowie die GOP 04000, 04040 und 04230, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnittes 4.5.4 abgerechnet werden
25	Neuropsychologische Therapie	Abschnitt 30.11
26	Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus (HIV-Resistenztestung)	GOP 32821 und 32822
27	Screening auf Gestationsdiabetes	GOP 01776, 01777 und 01812
28	Leistungen der rheumatologischen Versorgung	GOP 13700 und 13701
29	Osteodensitometrie	GOP 34601
30	Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	GOP 04528, 04529, 13425 und 13426
31	Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe	GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373, 36371 bis 36373
32	PFG-Zuschläge	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
33	Zuschlag für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung	GOP 04356

34	Kosten, die im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung nach GOP 17372 bei der Verwendung von Radium-223-dichlorid entstehen	GOP 40582
35	PET und PET/CT	Abschnitt 34.7 sowie GOP 40584
36	Soziotherapie	GOP 30810 und 30811
37	Humangenetik	GOP 01841, 11230, 11233 bis 11236, 11304, 11449 und 11514 GOP 19406 sowie Abschnitte 19.4.2 und 19.4.4 GOP 32865 und 32911
38	Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung gemäß § 118a SGB V	Abschnitt 30.13
39	Versorgung gemäß Anlage 27 BMV-Ä (kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in stationären Pflegeheimen) und Anlage 30 BMV-Ä (besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung)	Abschnitte 37.2 und 37.3
40	Delegationsfähige Leistungen	Abschnitt 38.3
41	Medikationsplan	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
42	Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der GOP 34291	GOP 40306
43	elektronischer Brief	GOP 86900 und 86901
44	Telekonsile	Abschnitt 34.8
45	Leistungen im Zusammenhang mit der kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM)	GOP 03355, 04590 und 13360
46	Videosprechstunde	GOP 01442, 01444, 01450 und 01451
47	Zweitmeinungsverfahren	GOP 01645 sowie Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM

48	Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	GOP 35151 und 35152
49	Epilation mittels Laser	GOP 02325 bis 02328
50	Verordnung von Cannabis	GOP 01460, 01461 und 01626
51	Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	GOP 08312, 08313, 26316, 26317 und 40161 sowie GOP 08311T, 26310T und 26311T, wenn in derselben Sitzung Leistungen der GOP 08312 oder 26316 erbracht werden
52	Notfalldatenmanagement	GOP 01640 bis 01642
53	Verordnung Rehabilitation	GOP 01611
54	Antibiotikatherapie	GOP 32459, 32774 und 32775
55	Hyperbare Sauerstofftherapie bei Diabetischem Fußsyndrom	GOP 30210, 30212, 30216 und 30218
56	FFR-Messung	GOP 34298 und 40301
57	Einrichtungsbefragung gemäß der Qesü-RL, Verfahren 2, Anlage II Buchstabe e	GOP 01650
58	Versorgungsplanung	GOP 37400
59	Extrakorporale Stoßwellentherapie	GOP 30440
60	Laboruntersuchung auf Antikörper gegen Velmanase alfa, Laboruntersuchung vor Therapie mit Daratumumab	GOP 32480 und 32557
61	Hornhauttomographie	GOP 06362
62	Kostenpauschale für Riboflavin	GOP 40681
63	Genotypische HIV-Resistenztestung bei HIV-Infizierten	GOP 32818
64	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Fingolimod	GOP 01516
65	HIV-Präexpositionsprophylaxe	Abschnitt 1.7.8
66	Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA	GOP 32850
67	Präeklampsiemarker	GOP 32362 und 32363

68	Optische Kohärenztomographie (OCT)	GOP 06336 bis 06339
69	Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Velmanase alfa	GOP 01514
70	Kostenpauschale bei Liposuktion	GOP 40165
71	Biomarkerbasierte Tests bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom	GOP 08347, 13507, 19501 und 19502
72	Nachweis oder Ausschluss von Mutationen in den BRCA1- und BRCA2-Genen in der Keimbahn gemäß Fachinformation	GOP 11601
73	Pauschalen fachärztliche Grundversorgung	GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13594, 13644, 13694, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 21225, 22216, 23216, 26220 und 27220
74	Polysomnographie	GOP 30901
75	FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab	GOP 04538, 13678 und 40167 (ab dem 2. Quartal 2020)
76	Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2 mittels RT-PCR	GOP 32816 (ab 1. Februar 2020)
76a	Coronavirus (SARS-CoV-2) Alle ärztlichen Leistungen, die aufgrund des klinischen Verdachts auf eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) erforderlich werden und mit der Ziffer 88240 gesondert gekennzeichnet werden. (ab 1. Februar 2020)	
77	TSVG-Konstellationen	
77a	TSS-Termin- bzw. Akutfall Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 SGB V aufgrund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle	

- 77b Hausarzt-Vermittlungsfall
Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 4 SGB V eines Facharztes bzw. Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung (Voraussetzung zur Berechnung von GOP des Abschnittes 4.4 oder 4.5 EBM) aufgrund einer Terminvermittlung durch den Hausarzt bei einem aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermin. Mit Inkrafttreten des § 17a BMV-Ä zum 06.08.2019 erfolgt die Vergütung außerhalb der MGV nur dann, wenn die Behandlung innerhalb von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit erfolgt.
- 77c Zuschläge auf die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V
GOP 01322, 01323, 01710, 03010, 04010, 05228, 06228, 07228, 08228, 09228, 10228, 11228, 13228, 13298, 13348, 13398, 13498, 13548, 13598, 13648, 13698, 14218, 15228, 16228, 17228, 18228, 20228, 21236, 21237, 22228, 23228, 23229, 24228, 25228, 25229, 25230, 26228, 27228, 30705 inklusive abgeleitete KBV-codierte GOP gemäß Nr. 4.3.10.1 oder 4.3.10.2 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM
- 77d Zuschlag Hausarzt für Terminvermittlung beim Facharzt gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V
GOP 03008 und 04008
- 77e Leistungen für Neupatienten gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V
- 77f Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V, die innerhalb von offenen Sprechstunden der nach BMV-Ä definierten Fachgruppen erfolgen

Für alle in dieser Anlage aufgeführten Leistungen finden die entsprechend relevanten Buchstabenzusätze und Höchstwertregelungen gemäß der Codiertabelle der KBV Anwendung. Zur Umsetzung der Codiervorgaben bei den schmerztherapeutischen Leistungen für ausschließlich schmerztherapeutisch tätige bereichseigene Ärzte (Nr. 19) erfolgt eine abweichende Kennzeichnung mit nachfolgender Systematik:

	KBV-Codiertabelle	Kennzeichnung für ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte in Thüringen
GOP 30700	-	U
GOP 30700 (Videosprechstunde)	V	M
GOP 30700 (Videosprechstunde bei BAG oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten)	S	N
GOP 30700 (Auftragsleistung)	H	X
GOP 30700 (BAG oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten)	R	Y
GOP 30700 (Auftragsleistung bei BAG oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten)	W	Z

- (2) Die KVT übermittelt quartalsweise den Vereinbarungspartnern eine Aufstellung der Ärzte mit entsprechenden Abrechnungsgenehmigungen der Nrn. 8, 11, 12 sowie der Nrn. 15, 17 bis 19, 25, 29, 30, 31, 35 und 39 nach Abs. 1 in maschinenlesbarer Form (csv-Format). Ergänzend zu Nr. 19 teilt die KVT quartalsweise den Vereinbarungspartnern mit, welche ausschließlich schmerztherapeutisch tätigen Ärzte eine Genehmigung auf Fallzahlerhöhung (mit Anzahl) erhalten haben.

Anlage 3 Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen

		Abr.-Nr.	Pauschale
Aufwandspauschale für ambulante Behandlung von Wachkomapatienten je Behandlungsfall		99210	150,00 €
Belegärztliche Bereitschaftsdienstpauschale pro Patient/Pflegetag gemäß Belegarztvertrag		97200	3,10 €
Sachkosten Prostaglandin (für Gynäkologie)		99273	2,00 €
Sachkosten für Linsenimplantate bei Kataraktoperationen			
für PMMA-Linsen		99401	120,00 €
für Silicon-Implantate		99402	150,00 €
für Acryl-Implantate		99403	180,00 €
für Hyaluronsäure-Präparate		99404	40,00 €
für Methylzellulose-Präparate		99405	12,00 €
Sachkosten für LDL-Apherese		99700	1.022,58 €
Sachkosten für suprapubische Katheter		99920	22,00 €
Sachkosten für doppellumige Ovarial-Biopsienadeln		99921	55,10 €
Sachkosten für doppellumige Ovarial-Biopsienadeln für die Eizellenentnahme bei künstlichen Befruchtungen		99921X	27,55 €
Wegepauschalen			
Entfernungsradius bis 2 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97301	3,60 €
Entfernungsradius über 2 bis 5 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97302	7,00 €
Entfernungsradius über 5 bis 10 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97303	10,20 €
Entfernungsradius über 10 bis 15 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97304	13,00 €
Entfernungsradius über 15 bis 20 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97305	16,00 €
Entfernungsradius über 20 bis 25 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97306	19,00 €
Entfernungsradius über 25 bis 30 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97307	22,00 €
Entfernungsradius über 30 bis 35 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97308	25,00 €
Entfernungsradius über 35 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97309	28,00 €
Entfernungsradius bis 2 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97321	8,60 €
Entfernungsradius über 2 bis 5 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97322	12,00 €
Entfernungsradius über 5 bis 10 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97323	15,20 €
Entfernungsradius über 10 bis 15 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97324	18,00 €
Entfernungsradius über 15 bis 20 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97325	21,00 €
Entfernungsradius über 20 bis 25 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97326	24,00 €
Entfernungsradius über 25 bis 30 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97327	27,00 €
Entfernungsradius über 30 bis 35 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97328	30,00 €
Entfernungsradius über 35 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97329	33,00 €

Wegepauschalen im Rahmen des organisierten Notdienstes werden bei der Abrechnung durch die KVT mit dem Großbuchstaben „N“ gesondert gekennzeichnet.

Sonderregelungen – Pauschalen für Notfallambulanzen

Sprechstundenbedarfspauschale für Notfallambulanzen nicht ermächtigter Krankenhäuser	99905	1,38 €
Kostenpauschale für Gilchristverband von Notfallambulanzen nicht ermächtigter Krankenhäuser	99906	58,29 €
Kostenpauschale für Rucksackverband von Notfallambulanzen nicht ermächtigter Krankenhäuser	99907	38,99 €

Abrechnung von Sachkosten gegen Vorlage der Rechnung (siehe § 44 Abs. 6 BMV-Ä)

(1) Sachkosten,

- die nicht unter die entsprechende Allgemeine Bestimmung des EBM (= mit Gebühr abgegolten) fallen,
- die nicht als Sprechstundenbedarf laut Sprechstundenbedarfsvereinbarung bezogen werden können,
- die nicht als Arznei-, Heil- und Hilfsmittel auf den Namen des Patienten verordnet werden können und
- auf die keine gesonderte Vergütungsvereinbarung (z. B. Pauschale) zutrifft,

sind gegenüber der KVT versichertenbezogen unter Beifügung der Originalrechnung (mit Stempel und Unterschrift des Arztes) als rechnungsbegründende Unterlage gesondert abrechenbar. Sofern aus Gründen der Wirtschaftlichkeit Mehrfachpackungen bezogen wurden, ist bei erstmaliger anteiliger Abrechnung durch den Vertragsarzt die Originalrechnung mit einer versichertenbezogenen Auflistung einzureichen. Bei jeder weiteren anteiligen Abrechnung der bereits eingereichten Originalrechnung ist jeweils eine Kopie der Rechnung mit einer versichertenbezogenen Auflistung vorzulegen.

(2) Folgende Sachkosten sind direkt über die zuständige Krankenkasse abzurechnen, sofern es sich um vertragsärztliche Leistungen handelt, insbesondere:

- Herzschrittmacher,
- Herniennetze,
- Tränenangsröhrchen/Hydrogel Plug,
- Implantate im Rahmen von chirurgischen Eingriffen (Knochen- und Gelenkchirurgie) gemäß Anhang 2 EBM, Abschnitte 2.21 bis 2.22.8,
- Stents (soweit nicht mit der GOP abgegolten),
- Portsysteme,
- Untersuchungskapsel bei Durchführung einer Kapselendoskopie gemäß GOP 04528, 13425,
- Knochenzement im Rahmen von chirurgischen Eingriffen gemäß Anhang 2 EBM,
- NucleoFix im Rahmen von Operationen an der Wirbelsäule gemäß Anhang 2 EBM, OPS 5-839.j0 bis 5-839.j2,
- Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis.

Diese Sachkosten sind versichertenbezogen bei der zuständigen Krankenkasse mittels Sachkostenformular (Anlage 4) und der Originalrechnung (mit Stempel und Unterschrift des Arztes) in Rechnung zu stellen.

Abtretungserklärungen an Hersteller bzw. Lieferanten sind möglich. Dazu ist auf dem Sachkostenformular der entsprechende Abschnitt auszufüllen.

(3) Der Vertragsarzt wählt die gesondert berechnungsfähigen Materialien unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus.

- (4) Aus den eingereichten Rechnungen muss der Name des Herstellers bzw. des Lieferanten und die Artikelbezeichnung bzw. -nummer hervorgehen.
- (5) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 Prozent weiterzugeben.
- (6) Der Vertragsarzt bestätigt dies durch seine Unterschrift gegenüber der rechnungsbegleichenden Stelle.
- (7) Die Ausweisung der nach Abs. 1 abgerechneten Sachkosten erfolgt im Formblatt 3 unter Kontenart 400/Kapitel 87 – Zusatzleistungen/Abschnitt 1 – Kosten gemäß Allgemeiner Bestimmungen 7.3. Zusätzlich übermittelt die KVT für das jeweilige Quartal als rechnungsbegründende Unterlagen einzelfallbezogene Nachweise sowie die dazugehörigen Rechnungen (Einzelrechnung als Originalrechnung, Sammelrechnungen als Rechnungskopien).

Anlage 3a
Kassenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

AOK PLUS

Arztanfragen der AOK PLUS

	Abr.-Nr.	Vergütung
Pauschale für Kopien je Seite	99500	0,15 €
Abgrenzung der Leistungszuständigkeit bei verordneten Leistungen Arbeitsunfall/Berufskrankheit	99503	4,00 €
Heilbehandlung/Versorgungskrankengeld nach BVG	99504	7,50 €
Abgrenzung der Leistungszuständigkeit bei ärztlicher Behandlung	99505	7,50 €
Abgrenzung Leistungszuständigkeit bei Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsunfall/Berufskrankheit	99506	4,00 €
Übermittlung von Behandlungsunterlagen/Dokumentationen zzgl. 99500	99507	4,00 €
Anfrage zum Unfallereignis	99508	4,00 €
Anfrage zu Leistungen und Folgen im Zusammenhang mit einem Unfallereignis	99509	7,50 €
Anfrage zur Einschätzung des Spätfolgerisikos mit einem Unfallereignis	99510	7,50 €
Verordnung eines Bewegungstrainers	99511	2,00 €
Verordnung eines Hilfsmittels	99512	4,00 €
Verordnung eines Hilfsmittel zur Schlafapnoe-Behandlung zzgl. 99500	99517	7,50 €
Anforderung von Unterlagen zur Vorlage beim MDK zzgl. 99500	99523	4,00 €
Ärztlicher Befundbericht zu medizinischen Leistungen zur Vorsorge/ Rehabilitation (A3 beidseitig) zzgl. 99500	99524	7,50 €

Anlage 4 Sachkostenformular

↑ Platz für den Ausdruck der Patientendaten

Sachkostenformular (Medizinprodukte) im Zusammenhang mit vertragsärztlichen Leistungen

OPS

ICD

EBM-Positionen

Datum der Leistungserbringung

Produktbezeichnung und Produktname	Anzahl in Stück*	Volumen in ml*	Hersteller

* = ggf. Durchschnittswert für den einzelnen Behandlungs-/Krankheitsfall eintragen

Unfallfolgen * <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall * <input type="checkbox"/> BVG * <input type="checkbox"/>

* = ggf. anzukreuzen

Hinweis: Verordnungsfähige Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sind auf Muster 16 (Arzneiverordnungsblatt) zu verordnen.

Erklärung: Es werden nur die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung gestellt. Ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 % werden an die Krankenkasse weitergegeben.

Datum

Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Abtretungserklärung: Hiermit trete ich meine Abrechnungsansprüche gegen die Krankenkasse an den Hersteller der verwendeten Medizinprodukte ab. Meine Haftung nach Vertragsarztrecht für die Richtigkeit der geltend gemachten Kosten bleibt durch die Rechnungslegung über einen Hersteller bzw. Lieferanten unberührt.

Datum

Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Anlage 5a Förderung der Besuche im Pflege- oder Altenheim

§ 1 Versorgungssituation

In Thüringen ist statistisch betrachtet der Anteil der Pflegebedürftigen in den letzten 10 Jahren um über 50 % gestiegen (76.967 in 2009 auf 115.620 in 2017) und wird sich auch zukünftig weiter erhöhen. Die Anzahl der Thüringer Pflegeheime, in welchen rund 22 % (Stand 2017) der Pflegebedürftigen vollstationär betreut werden, hat sich ebenso von 2007 bis 2017 von 304 auf 495 Einrichtungen (+ 63 %) erhöht¹. Auch hier ist ein stetiger Zuwachs zu erwarten.

Seit geraumer Zeit häufen sich die Nachfragen der Verantwortlichen von Pflegeheimen und Angehörigen bezüglich der Betreuung von Pflegeheimbewohnern, da eine kontinuierliche ärztliche Betreuung von Pflegeheimpatienten nur schwer oder gar nicht realisiert werden kann. Daran haben auch die Regelungen bzw. die Möglichkeiten im Zusammenhang mit den Kooperationen nach § 119b SGB V nichts geändert. Eine Sicherstellung der flächendeckenden ärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern ist daher nur stark eingeschränkt bis gar nicht möglich. Vor allem im fachärztlichen Versorgungsbereich mangelt es hierbei an umfassenden Versorgungsangeboten. Im Gegensatz zu den steigenden Patientenzahlen ist die Anzahl der Besuche in Pflege- oder Altenheimen seit 2016 von 425.782 auf 423.292 in 2018 gesunken. Zudem nimmt die Anzahl von Ärzten, die Hausbesuche durchführen, immer weiter ab.

Dies hat zur Folge, dass insbesondere bei multimorbiden und mobilitätseingeschränkten Patienten eine unregelmäßige oder fehlende Betreuung im Hausbesuch zu Zusatzkosten für Krankenbehandlungen, Krankenfahrten, unnötigen Krankenhauseinweisungen und Rettungsdieneinsätzen führen kann. Zudem kann ein Krankentransport aufgrund von Transportstrapazen eine Belastung für den Patienten darstellen.

§ 2 Messbarkeit und Ziele der Förderung

- (1) Eine Förderung der ärztlichen Besuche in Pflege- oder Altenheimen soll zu einer Stabilisierung bzw. zu einer Erhöhung der Arztzahlen (Ärzte, die Heimbesuche durchführen) sowie der Anzahl der durchgeführten Besuche in Pflege- oder Altenheimen führen. Insbesondere soll im fachärztlichen Versorgungsbereich ein Anreiz geschaffen werden, wieder mehr Besuche in Pflege- oder Altenheimen durchzuführen.
- (2) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
 - a) die Entwicklung der Anzahl der Haus- bzw. Fachärzte, die Besuche in Pflege- oder Altenheimen durchführen sowie
 - b) die Entwicklung der Anzahl der durchgeführten Besuche in Pflege- oder Altenheimen, insbesondere im fachärztlichen Versorgungsbereich.
- (3) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2018 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
 - a) Die Anzahl der Hausärzte, die Besuche in Pflege- oder Altenheimen durchführen, soll sich bei 1.233 Hausärzten stabilisieren.
 - b) Die Anzahl der Fachärzte, die Besuche in Pflege- oder Altenheimen durchführen, soll sich von 326 auf 350 erhöhen.
 - c) Die Anzahl der durchgeführten Besuche in Pflege- oder Altenheimen, im hausärztlichen Versorgungsbereich, soll sich bei 318.138 stabilisieren.

¹ Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, Analyse Ambulante und Stationäre Pflegeeinrichtungen in Thüringen, Stand: 15.12.2017 – Indikatorenübersicht Nr. 06.108

- d) Die Anzahl der durchgeführten Besuche in Pflege- oder Altenheimen, im fachärztlichen Versorgungsbereich soll sich von 104.728 auf 112.000 erhöhen.
- (4) Bei der abschließenden Bewertung der Zielerreichung können insbesondere an nichtärztliches Praxispersonal delegierte Besuche in Pflege- oder Altenheimen mit betrachtet werden.

§ 3

Umsetzung und Laufzeit der Förderung

- (1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von
 - a) 7,50 € für jede abgerechnete GOP 01410H sowie von
 - b) 10 € für jede abgerechnete GOP 01411H, 01412H und 01415.
- (2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „T“ gekennzeichnet und von der KV Thüringen zugesetzt.
- (3) Die Finanzierung der Förderung erfolgt außerhalb der MGV gemäß Teil 4.
- (4) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von acht Abrechnungsquartalen. Nach Vorlage von vier Abrechnungsquartalen erfolgt bereits eine gemeinsame Betrachtung der Zwischenergebnisse.

Anlage 5b Förderung von fachärztlicher Delegation

§ 1 Versorgungssituation

Durch das hohe Durchschnittsalter der Thüringer Bevölkerung und der damit verbundenen Morbidität sind insbesondere ältere Menschen in ländlichen Regionen ohne ausreichende Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel zunehmend nicht mehr in der Lage, den Arzt persönlich aufzusuchen. Der Anteil von multimorbiden Patienten (mind. 3 Erkrankungen) ist allein seit 2016 um rund 9 % gestiegen und wird aufgrund der demographischen Entwicklung auch weiterhin ansteigen. Ebenso nimmt der Anteil der mobilitätseingeschränkten Patienten (z. B. Pflegebedürftige) immer weiter zu.

Entgegen dieser Entwicklung stagniert die Anzahl der fachärztlichen Hausbesuche. Im Gegensatz zu den steigenden Patientenzahlen ist die Anzahl der fachärztlichen Hausbesuche von 106.185 in 2017 auf 104.445 in 2018 gesunken¹. Zudem nimmt die Anzahl von Fachärzten, die Hausbesuche durchführen, immer weiter ab. Ohne Versorgung mobilitätseingeschränkter Patienten durch Besuche werden möglicherweise Krankenfahrten in die Arztpraxis oder Rettungsdiensteinsätze veranlasst.

Mit der Delegation von ärztlichen Leistungen an qualifizierte Mitarbeiter besteht für Ärzte die Möglichkeit, Tätigkeiten an Praxispersonal zu verlagern und die freiwerdenden Kapazitäten für die Betreuung von Patienten einzusetzen. Mit der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V (Anlage 24 BMV-Ä) sind die Anforderungen für die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Praxispersonal geregelt. Die Delegationen in diesen Fachgruppen sollen mit dieser Regelung gefördert werden.

Die Häufigkeit von delegierten Leistungen von Chirurgen/Neurochirurgen, Dermatologen, Nervenärzten/Neurologen/Psychiatern, Orthopäden/Unfallchirurgen, Pneumologen und Urologen ist zwar von 4.403 MFA-Einsätzen in 2017 auf 5.552 Einsätze in 2018 gestiegen, jedoch werden die Möglichkeiten im fachärztlichen Versorgungsbereich nur unzureichend genutzt.

§ 2 Messbarkeit und Ziele der Förderung

- (1) Durch die Verbesserung der Patientenbetreuung, insbesondere in ländlichen Regionen, durch die Nutzung von Delegationsmöglichkeiten können durch fachärztliche MFA-Hausbesuche aufgrund der geänderten Art der Leistungserbringung unnötige Hausbesuche des Arztes, Krankenfahrten, Krankenhauseinweisungen und Rettungsdiensteinsätze vermieden bzw. frühzeitig Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden.
- (2) Eine Förderung der fachärztlichen Delegation soll zu einer Steigerung der Anzahl der fachärztlichen MFA-Hausbesuche sowie der Anzahl der Fachärzte mit MFA-Einsätzen führen.
- (3) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
 - a) die Entwicklung der Anzahl der fachärztlichen MFA-Hausbesuche sowie
 - b) die Entwicklung der Anzahl der Fachärzte mit MFA-Hausbesuchen von Chirurgen/Neurochirurgen, Dermatologen, Nervenärzten/Neurologen/Psychiatern, Orthopäden/Unfallchirurgen, Pneumologen und Urologen.

¹ Datengrundlage bilden die Quartalsabrechnungen der geförderten Fachgruppen.

- (4) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2018 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
- a) Die Anzahl der fachärztlichen MFA-Hausbesuche in den geförderten Fachgruppen der Chirurgen/Neurochirurgen, Dermatologen, Nervenärzte/Neurologen/Psychiater, Orthopäden/Unfallchirurgen, Pneumologen und Urologen erhöht sich von 5.552 auf 9.000.
 - b) Die Anzahl der Fachärzte mit MFA-Hausbesuchen der unter a) genannten Fachgruppen erhöht sich von 37 auf 50.

§ 3

Umsetzung und Laufzeit der Förderung

- (1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von
 - a) 30 € für jede abgerechnete GOP 38100 sowie
 - b) 10 € für jede abgerechnete GOP 38105von Chirurgen/Neurochirurgen, Dermatologen, Nervenärzten/Neurologen/Psychiatern, Orthopäden/Unfallchirurgen, Pneumologen und Urologen.
- (2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „T“ gekennzeichnet und von der KV Thüringen zugesetzt.
- (3) Die Finanzierung der Förderung erfolgt außerhalb der MGV gemäß Teil 4.
- (4) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von acht Abrechnungsquartalen. Nach Vorlage von vier Abrechnungsquartalen erfolgt bereits eine gemeinsame Betrachtung der Zwischenergebnisse.

Anlage 5c Förderung von Leistungen der hausärztlichen Ultraschalldiagnostik

§ 1 Versorgungssituation

Der Anteil von multimorbiden Patienten (mind. 3 Erkrankungen) ist allein seit 2016 um rund 9 % gestiegen und wird aufgrund der demografischen Entwicklung auch weiterhin steigen. Ebenso nimmt der Anteil der mobilitätseingeschränkten Patienten (z. B. Pflegebedürftige) immer weiter zu.

Zugleich ist teilweise festzustellen, dass verschiedene diagnostische Möglichkeiten zunehmend von Hausärzten nicht mehr in vollem Umfang erbracht werden können. Dies gefährdet einerseits die flächendeckende Versorgung und führt andererseits dazu, dass Untersuchungen durch Fachärzte erbracht werden müssen und dabei z. B. bei Sonographien durch andere bildgebende Verfahren (CT bzw. MRT) substituiert werden. Durch das hohe Durchschnittsalter der Thüringer Bevölkerung bei entsprechender Morbidität ist es insbesondere für ältere Menschen in ländlichen Regionen ohne ausreichende Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel zunehmend schwerer möglich, Fachärzte aufzusuchen.

Die nachfolgenden Leistungen zeigen einen deutlichen Rückgang bei der Erbringung im hausärztlichen Versorgungsbereich und einer damit einhergehenden unzureichenden Patientenversorgung. Bei Sonographien (GOP 33011, 33012, 33042, 33043) ist die Erbringung der Leistungen seit 2014 deutlich rückläufig.

§ 2 Messbarkeit und Ziele der Förderung

- (1) Durch die Verbesserung der wohnortnahen Angebotsstruktur, insbesondere in ländlichen Regionen, soll die besondere hausärztliche Versorgung stabilisiert werden. Dadurch lassen sich möglicherweise Krankenfahrten oder zusätzliche fachärztliche Behandlungen vermeiden. Eine direkte Leistungserbringung durch den Hausarzt führt zudem zu einer schnelleren Diagnostik und Therapieeinleitung und vermeidet (unnötige) Überweisungen zum sowie lange Wartezeiten beim Facharzt.
- (2) Eine Förderung der Ultraschalldiagnostik im hausärztlichen Versorgungsbereich soll zu einer Steigerung der Anzahl der jeweiligen Leistungen sowie der jeweils erbringenden Hausärzte (inklusive Kinderärzte) führen.
- (3) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
 - a) die Entwicklung der Anzahl der erbrachten hausärztlichen sonographischen Leistungen sowie
 - b) die Entwicklung der Anzahl der Hausärzte, die sonographische Leistungen erbringen.
- (4) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2018 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
 - a) Die Anzahl der erbrachten hausärztlichen sonographischen Leistungen erhöht sich von 163.099 auf 168.109.
 - b) Die Anzahl der Hausärzte, die sonographische Leistungen erbringen, erhöht sich von 744 auf 800.

§ 3

Umsetzung und Laufzeit der Förderung

- (1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 2,50 € für jede von Hausärzten (inklusive Kinderärzten) abgerechnete GOP 33011, 33012, 33042 und 33043.
- (2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „T“ gekennzeichnet und von der KV Thüringen zugesetzt.
- (3) Die Finanzierung der Förderung erfolgt außerhalb der MGV gemäß Teil 4.
- (4) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von acht Abrechnungsquartalen. Nach Vorlage von vier Abrechnungsquartalen erfolgt bereits eine gemeinsame Betrachtung der Zwischenergebnisse.

Anlage 5d Förderung der neurologischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Gesprächsleistungen

§ 1 Versorgungssituation

Immer mehr Patienten leiden an neurologischen bzw. psychiatrischen Erkrankungen. Gleichzeitig werden die Krankheitsbilder immer komplexer und somit entstehen Sicherstellungsprobleme durch mangelnde Möglichkeiten beim Kapazitätsaufbau. Dies ist bereits dadurch begründet, dass Thüringer Neurologen bzw. Psychiater im Bundesvergleich überdurchschnittlich mehr Patienten behandeln (Nervenärzte/Neurologen + 15 %, Psychiater + 36 %, ärztliche Psychotherapeuten/Psychosomatiker + 70 %).

Das Angebot der Gesprächsleistungen wurde teilweise zugunsten der Vergütung der Richtlinien-Psychotherapie (außerhalb der MGV), welche im Jahr 2017 reformiert wurde, zurückgefahren. Ein Jahr nach der Reform wertete die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) bundesweit die Wartezeiten auf Termine für die psychotherapeutische Sprechstunde aus. Für Thüringen belegen die Zahlen, dass Versicherte im Durchschnitt 7,5 Wochen auf einen ersten Termin warten. Da der Bundesdurchschnitt bei 5,7 Wochen liegt, wird hier die angespannte Versorgungssituation deutlich. Noch dramatischer ist diese für Versicherte, die einen ersten Termin zur Richtlinienpsychotherapie benötigen. Hier liegen im Bundesdurchschnitt 19,9 Wochen und in Thüringen 23,7 Wochen zwischen der Anfrage und dem ersten Termin. In keinem anderen Bundesland warten die Versicherten länger auf einen Termin.

Auch der deutliche Anstieg der Anfragen und vermittelten Termine für neurologische und psychiatrische Termine durch die TSS im Zeitraum von Januar 2017 bis Dezember 2018 (Anstieg der Anfragen um 250 %) verdeutlicht, dass die flächendeckende ambulante neurologische und psychiatrische Versorgung sichergestellt werden muss.

§ 2 Messbarkeit und Ziele der Förderung

- (1) Ziel ist die Sicherstellung und Verbesserung der wohnortnahen ambulanten neurologischen und psychiatrischen Angebotsstruktur sowie die Fortführung der Förderung in 2020, da diese in der Evaluation der Förderung seit 2013 nachweislich Wirkung entfaltet. Die anamnestische Differentialdiagnostik soll im Vergleich zur apparativen Diagnostik weiter gestärkt werden. Hierdurch können möglicherweise Krankenhauseinweisungen vermieden werden.
- (2) Die Fortführung der Förderung der neurologischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Gesprächsleistungen soll die Anzahl der erbringenden Ärzte sowie die Anzahl der durchgeführten Gespräche stabilisieren.
- (3) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
 - a) die Entwicklung der Anzahl der Fachärzte, die neurologische, psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Gesprächsleistungen durchführen sowie
 - b) die Entwicklung der Anzahl der durchgeführten Gespräche.
- (4) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2018 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
 - a) Die Anzahl der erbringenden Ärzte stabilisiert sich bei 134.
 - b) Die Anzahl der erbrachten Gesprächsleistungen stabilisiert sich bei 587.824.

§ 3

Umsetzung und Laufzeit der Förderung

- (1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 2,50 € für jede abgerechnete GOP 14220, 14222, 16220, 21220, 22220, 22221 und 23220.
- (2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „T“ gekennzeichnet und von der KV Thüringen zugesetzt.
- (3) Die Finanzierung der Förderung erfolgt außerhalb der MGV gemäß Teil 4.
- (4) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von acht Abrechnungsquartalen. Nach Vorlage von vier Abrechnungsquartalen erfolgt bereits eine gemeinsame Betrachtung der Zwischenergebnisse.

Anlage 5e Förderung von Leistungen zur Allergie-Diagnostik

§ 1 Versorgungssituation

Immer mehr Patienten leiden durch zunehmende Umwelteinflüsse an Allergien. Vor allem Heuschnupfen, Neurodermitis und Asthma bronchiale nehmen rasant zu und weisen immer schwerere Erkrankungsformen und Krankheitsverläufe auf. Neben der Häufigkeit hat auch die Bandbreite der Allergene zugenommen.

Seit 2014 sind die durchgeführten Allergie-Diagnostiken von 42.979 auf 36.972 in 2018 um 14 % gesunken. Gleichzeitig ist der Anteil der erbringenden Ärzte rückläufig (von 25,9 % auf 24,0 % gesunken). Waren Ende 2013 noch 77 Vertragsärzte in Thüringen mit der Zusatzbezeichnung "Allergologie" tätig (davon 6 Ermächtigte), führen gegenwärtig nur noch 65 Vertragsärzte diese Zusatzbezeichnung.

Aufgrund der immer schwereren Erkrankungsformen, Krankheitsverläufe und Folgeerkrankungen ist es zwingend erforderlich, dass die Patienten frühzeitig einer Allergie-Diagnostik zugeleitet werden. Mit der aktuellen Änderung des DMP Asthma wird in der G-BA-Richtlinie vorgegeben, dass bei Asthmatikern zeitnah eine allergologische Stufendiagnostik sowie Hypersensibilisierung durchzuführen ist. Daher ist es zwingend erforderlich, dass eine ausreichende flächendeckende Versorgung für alle Testverfahren gegeben ist.

§ 2 Messbarkeit und Ziele der Förderung

- (1) Ziel ist die Stabilisierung und Sicherstellung der wohnortnahen ambulanten Allergie-Diagnostik.
- (2) Die Fortführung der Förderung der Allergie-Diagnostik soll die Anzahl der erbringenden Ärzte sowie die Anzahl der durchgeführten allergologisch-diagnostischen Leistungen erhöhen.
- (3) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
 - a) die Entwicklung der Anzahl der Ärzte, die Allergie-Diagnostiken durchführen sowie
 - b) die Entwicklung der Anzahl der durchgeführten Allergie-Diagnostiken.
- (4) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2018 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
 - a) Die Anzahl der erbringenden Ärzte soll sich von 300 auf 310 erhöhen.
 - b) Die Anzahl der allergologisch-diagnostischen Leistungen erhöht sich von 36.081 auf 39.000.

§ 3 Umsetzung und Laufzeit der Förderung

- (1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von
 - a) 15 € für jede abgerechnete GOP 30110 und 30111 sowie
 - b) 5 € für die GOP 30120, 30121 und 30123.
- (2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „T“ gekennzeichnet und von der KV Thüringen zugesetzt.

- (3) Die Finanzierung der Förderung erfolgt außerhalb der MGV gemäß Teil 4.
- (4) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von acht Abrechnungsquartalen. Nach Vorlage von vier Abrechnungsquartalen erfolgt bereits eine gemeinsame Betrachtung der Zwischenergebnisse.

Anlage 5f Förderung von Leistungen zur Behandlung chronischer Wunden

§ 1 Versorgungssituation

Chronische Wunden bedürfen einer langwierigen und aufwändigen Behandlung, da sie in regelmäßigen Abständen zeitaufwendig gereinigt werden müssen, um einer Infektion vorzubeugen. Aufgrund dessen sind bei der Behandlung chronischer Wunden erhöhte Hygienestandards zu berücksichtigen.

Die Anzahl der durchgeführten Wundbehandlungen ist seit 2014 von 68.754 auf 60.691 in 2018 um 11,7 % gesunken. Die Anzahl der Ärzte, die solche Leistungen erbringen können, ist zwar in diesem Zeitraum geringfügig gestiegen (259 Ärzte in 2014 und 262 Ärzte in 2018), jedoch ist der Anteil der tatsächlich erbringenden Ärzte von 21,9 % auf 21,7 % gesunken.

Durch die demografische Entwicklung und Zunahme der Morbidität ist die flächendeckende Versorgung teilweise gefährdet. Die schlechte Wundheilung ist häufig Folge einer Durchblutungsstörung, eines Immundefekts oder eines Diabetes mellitus. Eine häufige chronische Wunde ist der diabetische Fuß oder das Unterschenkelgeschwür (Ulcus cruris).

Vor dem Hintergrund, dass in Thüringen fast jeder Siebte an Diabetes erkrankt ist und der Anteil der Pflagedürftigen weiter zunimmt, ist es zwingend erforderlich, dass eine ausreichende flächendeckende Versorgung zur Behandlung von chronischen Wunden gegeben ist.

§ 2 Messbarkeit und Ziele der Förderung

- (1) Ziel ist die Stabilisierung und Sicherstellung der wohnortnahen ambulanten Versorgung chronischer Wunden, um durch eine frühzeitige Behandlung Komplikationen, Schmerzen sowie Folgeschäden zu vermeiden und den Heilungsprozess zu beschleunigen.
- (2) Die Fortführung der Förderung der Versorgung chronischer Wunden soll die Anzahl der erbringenden Ärzte sowie die Anzahl der durchgeführten Wundversorgungen stabilisieren.
- (3) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
 - a) die Entwicklung der Anzahl der Ärzte, die die chronische Wundversorgung durchführen sowie
 - b) die Entwicklung der Anzahl der durchgeführten chronischen Wundversorgungen.
- (4) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2018 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
 - a) Die Anzahl der erbringenden Ärzte soll sich bei 602 stabilisieren.
 - b) Die Anzahl der GOP für die Wundversorgung soll sich bei 63.791 stabilisieren.

§ 3 Umsetzung und Laufzeit der Förderung

- (1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 5 € für jede abgerechnete GOP 02311, 02312 und 10330.
- (2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „T“ gekennzeichnet und von der KV Thüringen zugesetzt.
- (3) Die Finanzierung der Förderung erfolgt außerhalb der MGV gemäß Teil 4.

- (4) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von acht Abrechnungsquartalen. Nach Vorlage von vier Abrechnungsquartalen erfolgt bereits eine gemeinsame Betrachtung der Zwischenergebnisse.

Anlage 5g Förderung von Leistungen der Sozialpädiatrie

§ 1 Versorgungssituation

Statistische Daten für Thüringen belegen eine stetige Zunahme der eingeleiteten Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls. Seit 2012 ist die Zahl dieser Verfahren von 3.298 auf 3.481 in 2018 angestiegen. Eine Gefährdung des Kindeswohls kann weitreichende physische oder psychische Störungen oder Erkrankungen nach sich ziehen, beispielsweise soziale Auffälligkeiten oder Entwicklungsverzögerungen. Diese wiederum bedürfen einer umfassenden kinderärztlichen Betreuung mit ausreichender ärztlicher Kapazität. Daneben gibt es weitere medizinische Indikationen, wie beispielsweise Migräne oder Epilepsie, die eine sozialpädiatrische Versorgung bedingen und deren Anzahl ebenso zunimmt.

Die steigende Zahl der durchgeführten sozialpädiatrischen Gespräche mit einem Plus von 20 % (38.589 in 2014 zu 46.278 in 2018) spiegelt diesen Bedarf in Thüringen wider.

Der Anteil der sozialpädiatrisch betreuenden Kinderärzte ist jedoch seit Jahren rückläufig. Zwar stieg die Anzahl der Kinderärzte insgesamt im genannten Zeitraum von 178 auf 192, die Anzahl der erbringenden Kinderärzte nimmt hierbei jedoch ab. Waren es in 2014 noch 148 sozialpädiatrisch tätige Kinderärzte, sank deren Anzahl in 2018 auf 143. Dies entspricht einem Rückgang des Anteils der erbringenden Ärzte von 82,8 % auf 74,8 %. Dieser Entwicklung soll entgegengewirkt werden.

§ 2 Messbarkeit und Ziele der Förderung

- (1) Ziel ist die Verbesserung der wohnortnahen Angebotsstruktur und somit der Verbleib der Patienten bei ihrem behandelnden Kinderarzt. Die dort sichergestellte sozialpädiatrische Betreuung kann die Patienten dann wiederum frühzeitig in eine psychotherapeutische/kinder- und jugendpsychiatrische oder anderweitige fachärztliche Versorgung lenken oder andererseits Überweisungen in SPZ (Sozialpädiatrische Zentren) vollständig vermeiden.
- (2) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
 - a) die Entwicklung der Anzahl der Ärzte, die sozialpädiatrische Gespräche durchführen sowie
 - b) die Entwicklung der Anzahl der durchgeführten sozialpädiatrischen Gespräche.
- (3) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2018 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
 - a) Die Anzahl der erbringenden Ärzte erhöht sich von 129 auf 135.
 - b) Die Anzahl der erbrachten GOP 04355 erhöht sich von 46.278 auf 51.474.

§ 3 Umsetzung und Laufzeit der Förderung

- (1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 7,50 € für jede abgerechnete GOP 04355.
- (2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „T“ gekennzeichnet und von der KV Thüringen zugesetzt.
- (3) Die Finanzierung der Förderung erfolgt außerhalb der MGV gemäß Teil 4.

- (4) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von acht Abrechnungsquartalen. Nach Vorlage von vier Abrechnungsquartalen erfolgt bereits eine gemeinsame Betrachtung der Zwischenergebnisse.

Anlage 5h Förderung von Leistungen der konservativen Augenheilkunde

§ 1 Versorgungssituation

In Thüringen ist seit Jahren ein Rückgang der konservativ tätigen Augenärzte bzw. eine Verlagerung hin zur operativen Tätigkeit zu erkennen. Aufgrund dessen kommt es immer stärker zu Sicherstellungsproblemen durch Kapazitätsengpässe, insbesondere in der konservativen Patientenbehandlung und teilweise in der Nachbehandlung oder bei Kontrolluntersuchungen nach ambulanten Operationen.

Thüringer Augenärzte behandeln bereits 20 % mehr Patienten als der Bundesdurchschnitt, hingegen sind 8 Augenarztstellen in Thüringen bereits längerfristig nicht besetzt. Die Wartezeiten auf einen konservativen Behandlungstermin beim Augenarzt liegen zwischen 9 und 12 Monaten. Hinzu kommt eine immer größer werdende Anzahl von Terminanfragen/vermittelten Terminen in der Terminservicestelle der KV Thüringen, allein im Zeitraum von Januar 2017 zu November 2019 kam es hier zu einem Anstieg um 590 %.

In Thüringen leiden rund 260.000 Einwohner an Diabetes, wovon 2/3 am DMP teilnehmen. Diesen Patienten wird empfohlen, einmal jährlich eine Kontrolluntersuchung durch einen Augenarzt vornehmen zu lassen. Unter Berücksichtigung der Behandlungsfallzahlen der Thüringer Augenärzte bedeutet dies, dass fast 30 % aller Behandlungskapazitäten nur für die Kontrolluntersuchung von Diabetikern geblockt werden müssten.

Die Anzahl der konservativ augenärztlichen Behandlungen durch ausschließlich konservativ tätige Augenärzte ist zwar seit 2012 von 830.718 auf 832.201 in 2018 gestiegen, trotzdem ist die konservativ augenärztliche Behandlung durch alle Augenärzte im gleichen Zeitraum um 2,5 % (rund 23.000 Fälle) zurückgegangen. Die Anzahl von ausschließlich konservativ tätigen Augenärzten ist grundsätzlich seit 2012 konstant, wobei die Anzahl der operativ tätigen Augenärzte weiter zunimmt, von 2012 bis 2018 um immerhin 15 %. Im Ergebnis bedeutet dies, dass das Verhältnis ausschließlich konservativ tätiger Augenärzte auf einen operativ tätigen Augenarzt seit 2014 von 1,28 auf 1,07 in 2018 gefallen ist.

Um diesen hohen Versorgungsbedarf aufzufangen und den Patienten weiterhin einen Zugang zur konservativ augenärztlichen Versorgung zu ermöglichen, ist eine Förderung unbedingt notwendig.

§ 2 Messbarkeit und Ziele der Förderung

- (1) Ziel ist die Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten Versorgung durch konservativ tätige Augenärzte und die Schaffung zusätzlicher Kapazitäten für Neupatienten. Aufgrund des aktuell bestehenden Versorgungsmangels ist eine Fortführung der Förderung angezeigt.
- (2) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
 - a) die Entwicklung der Anzahl der Augenärzte mit konservativer Behandlung sowie
 - b) die Entwicklung der Anzahl der konservativ augenärztlichen Behandlungen.
- (3) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2018 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
 - a) Die Anzahl der erbringenden Ärzte soll sich von 130 auf 132 erhöhen.
 - b) Die Anzahl der erbrachten konservativen Fälle (Kennzeichnung mit GOP 06225) soll sich von 832.201 auf 834.000 erhöhen.

§ 3

Umsetzung und Laufzeit der Förderung

- (1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 10 € für jede abgerechnete GOP 06210, 06211 und 06212 für alle kurativ-ambulanten Behandlungsfälle eines konservativ tätigen Augenarztes im Sinne der Regelung nach Nr. 6 der Präambel des Abschnitts 6.1 des EBM, die die durchschnittliche thüringische kurativ-ambulante Behandlungsfallzahl des Vorjahresquartals der Augenärzte übersteigen. Der Versorgungsumfang des Arztes ist zu berücksichtigen.
- (2) Der Zuschlag für die oben genannte GOP wird mit dem Suffix „T“ gekennzeichnet und von der KV Thüringen zugesetzt.
- (3) Die Finanzierung der Förderung erfolgt außerhalb der MGV gemäß Teil 4.
- (4) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von acht Abrechnungsquartalen. Nach Vorlage von vier Abrechnungsquartalen erfolgt bereits eine gemeinsame Betrachtung der Zwischenergebnisse.

Anlage 5i Förderung von Leistungen der Geriatrie

§ 1 Versorgungssituation

Betrachtet man die Altersgruppe ab 75 Jahre, ist festzustellen, dass diese Versicherten mit einem Anteil von 15,2 % in Thüringen deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 12,1 % liegen.¹ Da der Anteil multimorbider Patienten (mit mind. 3 Erkrankungen) in Thüringen allein seit 2016 um rund 9 % gestiegen ist und aufgrund der demografischen Entwicklung weiter steigen wird, ist hier eine umfassende, intensive ärztliche Betreuung sicherzustellen.

Dies spiegelt sich vor allem auch darin wider, dass Patienten in höheren Altersgruppen größtenteils durch (Multi)morbidität in ihrem täglichen Leben eingeschränkt sind, der Anteil der mobilitäts eingeschränkten Patienten (z. B. Pflegebedürftige) immer weiter zunimmt und dadurch das Aufsuchen des Arztes erschwert wird, häufigere Hausbesuche notwendig sind und der Betreuungsaufwand in Gänze wächst. So ist z. B. die Anzahl der durchgeführten geriatrischen Betreuungen seit 2016 von 530.363 auf 572.149 in 2018 um 8 % gestiegen.

Die Anzahl der erbringenden Hausärzte hat sich hierbei ebenfalls von 1.231 in 2016 auf 1.280 Ärzte in 2018 gesteigert, was einem Anstieg des Anteils von 83,4 % (2016) auf 85,1 % (2018) an Hausärzten entspricht.

§ 2 Messbarkeit und Ziele der Förderung

- (1) Ziel ist die Fortführung der Förderung in 2020, da diese nachweislich Wirkung entfaltet und die Versorgungsnotwendigkeit aufgrund der demografischen Entwicklung weiter bestehen bleibt bzw. zunehmen wird.
- (2) Die Kapazitäten für die Betreuung geriatrischer Patienten sollen erhöht und somit eine Verbesserung der wohnortnahen Angebotsstruktur erreicht werden (vor allem aufgrund des Fehlens geriatrischer Institutsambulanzen an Krankenhäusern).
- (3) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
 - a) die Entwicklung der Anzahl der Hausärzte mit geriatrischer Betreuung sowie
 - b) die Entwicklung der Anzahl der hausärztlichen geriatrischen Betreuung.
- (4) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2018 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
 - a) Die Anzahl der erbringenden Hausärzte erhöht sich von 1.251 auf 1.265.
 - b) Die Anzahl der erbrachten geriatrischen Betreuungen erhöht sich von 572.149 auf 613.935.

§ 3 Umsetzung und Laufzeit der Förderung

- (1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 2,25 € für jede abgerechnete GOP 03362.
- (2) Der Zuschlag für die oben genannte GOP wird mit dem Suffix „T“ gekennzeichnet und von der KV Thüringen zugesetzt.

¹ BMG: KM6-Statistik, Stichtag 1. Juli 2019

- (3) Die Finanzierung der Förderung erfolgt außerhalb der MGV gemäß Teil 4.
- (4) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von acht Abrechnungsquartalen. Nach Vorlage von vier Abrechnungsquartalen erfolgt bereits eine gemeinsame Betrachtung der Zwischenergebnisse.

Anlage 5j Förderung von Leistungen des konventionellen Röntgens durch Teilradiologen

§ 1 Versorgungssituation

In Thüringen liegt ein kontinuierlicher Rückgang von Ärzten vor, die teilradiologische Leistungen erbringen. Dies wiederum führt zu einem sich ausweitenden Versorgungsmangel radiologischer Leistungen bei Teilradiologen (z. B. bei Orthopäden oder Urologen) und einem damit verbundenen Anstieg von Überweisungen von Patienten zum Radiologen. Dadurch verlängert sich unnötig die Behandlungsdauer des Patienten und er hat zusätzliche – vermeidbare – Wegstrecken zu bewerkstelligen.

Die Anzahl der durchgeführten teilradiologischen Leistungen ist seit 2012 von 441.759 auf 392.838 in 2018 um 11,1 % gesunken. Ebenso hat sich die Anzahl der Teilradiologen von 330 in 2012 auf 315 Ärzte in 2018 (um 4,5 %) verringert. Der Anteil der erbringenden Teilradiologen hat sich hierdurch seit 2012 von 58,9 % auf 49,7 % in 2018 verschlechtert.

Insbesondere in den wesentlichen teilradiologischen Bereichen (Chirurgie, Pneumologie, Orthopädie und Urologie) ist ein deutlicher Rückgang in der Leistungserbringung festzustellen und eine sicherstellende Versorgung nur schwer möglich.

§ 2 Messbarkeit und Ziele der Förderung

- (1) Mit der Förderung der Teilradiologen in den Fachgruppen Chirurgie/Neurochirurgie, HNO, Internisten, MKG-Chirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Urologie soll der negativen Entwicklung entgegengewirkt werden.
- (2) Die Förderung soll dazu beitragen, die wohnortnahe Angebotsstruktur zu stabilisieren und zu verbessern sowie zusätzliche Wegstrecken für den Patienten aufgrund der Überweisung an Radiologen zu vermeiden. Schnellere Therapieentscheidungen durch eine umfangreichere Vor-Ort-Betreuung in den entsprechenden Facharztpraxen führen weiterhin zu einer verkürzten Behandlungsdauer und ggf. zum Wegfall von Überweisungen an Radiologen.
- (3) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
 - a) die Entwicklung der Anzahl der teilradiologischen Ärzte sowie
 - b) die Entwicklung der Anzahl der durchgeführten teilradiologischen Leistungen.
- (4) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2018 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
 - a) Die Anzahl der geförderten Teilradiologen soll sich bei 249 stabilisieren.
 - b) Die Anzahl der geförderten radiologischen Leistungen soll sich bei 393.348 stabilisieren.

§ 3 Umsetzung und Laufzeit der Förderung

- (1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von
 - a) 2,50 € für jede abgerechnete GOP 34210, 34211, 34220, 34221, 34222, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34237, 34238, 34240, 34241, 34243, 34245 und 34280,
 - b) 7,50 € für jede abgerechnete GOP 34255 und 34256

von teilradiologisch tätigen Chirurgen/Neurochirurgen, MKG-Chirurgen, HNO-Ärzten, Internisten, Urologen und Orthopäden.

- (2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „T“ gekennzeichnet und von der KV Thüringen zugesetzt.
- (3) Die Finanzierung der Förderung erfolgt außerhalb der MGV gemäß Teil 4.
- (4) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von acht Abrechnungsquartalen. Nach Vorlage von vier Abrechnungsquartalen erfolgt bereits eine gemeinsame Betrachtung der Zwischenergebnisse.

Anlage 5k Förderung von Leistungen der orthopädisch-rheumatologischen Versorgung

§ 1 Versorgungssituation

Laut Versorgungsatlas des Zentralinstitutes der kassenärztlichen Versorgung waren im Jahr 2009 526.211 GKV-Patienten aufgrund einer rheumatoiden Arthritis in Behandlung. Bis 2015 stieg diese Anzahl um 24 % auf 666.220 Patienten. Aufgrund des demografischen Wandels ist auch weiterhin mit einer Zunahme von Rheumaerkrankungen zu rechnen, wobei derzeit schon mit etwa 770 internistischen Rheumatologen deutschlandweit der aktuelle Bedarf nur zur Hälfte gedeckt werden kann.¹

Betrachtet man allein das Krankheitsbild der rheumatoiden Arthritis ist laut Aussage der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie mit 20 bis 40 Neuerkrankungen je 100.000 Personen pro Jahr zu rechnen.² Für Thüringen würde das gemessen an der derzeitigen Zahl der GKV-Versicherten von rund 1,9 Mio.³ eine Zunahme von durchschnittlich 590 Patienten pro Jahr bedeuten. Bei derzeit 8 tätigen Rheumatologen in Thüringen ist dieser Patientenzuwachs absolut nicht zu bewältigen, vor allem, da teilweise jetzt schon Wartezeiten von über 10 Monaten auf einen Behandlungstermin in Kauf zu nehmen sind.

Durch diese Kapazitätsengpässe ist eine optimale Versorgung in keinster Weise sichergestellt. Auch eine durch die KVT vorgenommene – zwingend notwendig gewordene – Einbindung von Krankenhäusern in die ambulante Behandlung von Rheuma-Patienten gemäß Terminvermittlung nach § 75 Abs. 1a SGB V konnte das bestehende Problem bisher weder lösen noch verbessern. Daher ist es erforderlich, zusätzliche Behandlungskapazitäten für die orthopädisch-rheumatologische Behandlung zu schaffen.

Die Statistik belegt einen Anstieg der orthopädisch-rheumatologischen Leistungen seit 2016 von 1.823 auf 1.972 in 2018 (+ 8,2 %). Hierbei ist die Anzahl der erbringenden Orthopäden (4) bei der GOP 18700 seit 2016 konstant geblieben. Jedoch ist die Anzahl der erbringenden Orthopäden bei der GOP 18320 von 15 in 2016 auf 13 Ärzte in 2018 gesunken und auch insgesamt nimmt der Anteil der erbringenden Orthopäden immer weiter ab (2016 = 8,6 % → 2018 = 7 %).

§ 2 Messbarkeit und Ziele der Förderung

- (1) Ziel ist die Fortführung der Förderung in 2020, da nachweislich die Versorgungsnotwendigkeit aufgrund der begrenzten Anzahl der Rheumatologen besteht und diese bezüglich der demografischen Entwicklung weiter zunehmen wird. Des Weiteren führt eine Mitbetreuung durch Orthopäden zu einer Verbesserung der wohnortnahen Versorgung und somit zu einer Erhöhung der Anzahl der zu betreuenden Patienten.
- (2) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
 - a) die Entwicklung der Anzahl der Orthopäden, die rheumatologische Patienten betreuen sowie
 - b) die Entwicklung der Anzahl der durchgeführten rheumatologischen Leistungen durch Orthopäden.

¹ <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/83627/In-Deutschland-sind-mehr-Menschen-an-Rheuma-erkrankt-als-gedacht>, (vom 23.11.2017); Stand 28.11.2019.

² <https://dgrh.de/Start/DGRh/Presse/Daten-und-Fakten/Rheuma-in-Zahlen.html>; Stand 28.11.2019.

³ BMG: KM6-Statistik, Stichtag 1. Juli 2019.

- (3) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2018 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
- a) Die Anzahl der erbringenden Ärzte erhöht sich von 13 auf 15.
 - b) Die Anzahl der geförderten GOP erhöht sich von 1.972 auf 2.300.

§ 3

Umsetzung und Laufzeit der Förderung

- (1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 5 € für jede abgerechnete GOP 18320 und 18700.
- (2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „T“ gekennzeichnet und von der KV Thüringen umgesetzt.
- (3) Die Finanzierung der Förderung erfolgt außerhalb der MGV gemäß Teil 4.
- (4) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von acht Abrechnungsquartalen. Nach Vorlage von vier Abrechnungsquartalen erfolgt bereits eine gemeinsame Betrachtung der Zwischenergebnisse.

Anlage 5I Förderung von Leistungen von Augenärzten, Hautärzten, HNO-Ärzten, Nervenärzten, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie, Neurologen bzw. Psychiatern und Rheumatologen

§ 1 Versorgungssituation

Aufgrund des demografischen Wandels ist in Thüringen weiterhin mit einer Zunahme des Bedarfs an medizinischer Versorgung, insbesondere bei Augenärzten, Hautärzten, HNO-Ärzten, Nervenärzten, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie, Neurologen bzw. Psychiatern und Rheumatologen zu rechnen. Bereits gegenwärtig kann der Bedarf nur unzureichend gedeckt werden. Patienten müssen zum Teil Wartezeiten von über 10 Monaten auf einen Behandlungstermin z. B. beim Rheumatologen oder Augenarzt in Kauf nehmen.

Rund 80 % aller Terminanfragen bei der TSS entfallen auf die vorgenannten Fachgruppen. Diese Anfragen sind dabei seit 2017 massiv angestiegen. So ist beispielsweise die Terminnachfrage von 2017 zu 2019 bei den Augenärzten um 590 %, bei den Rheumatologen um 425 % oder bei den Neurologen um 515 % gestiegen. Noch dramatischer zeichnet sich der Anstieg bei den Dermatologen ab. Hier ist von 2017 zu 2019 die Nachfrage um fast 800 % gestiegen. Seit dem Inkrafttreten des TSVG verschärften sich die Terminanfragen massiv. So ist allein im 2. Halbjahr 2019 ein Anstieg der Vermittlungsbegehren um rund 50 % zu verzeichnen bzw. hat sich gegenüber dem Vorjahr fast verdoppelt.

Durch die bestehenden Kapazitätsengpässe und die zunehmenden Terminnachfragen ist eine optimale Versorgung in keinster Weise sichergestellt. Auch eine durch die KVT vorgenommene – zwingend notwendig gewordene – Einbindung von Krankenhäusern in die ambulante Behandlung von Patienten dieser Fachgruppen gemäß Terminvermittlung nach § 75 Abs. 1a SGB V konnte das bestehende Problem bisher weder lösen noch verbessern. Daher ist es erforderlich, zusätzliche Behandlungskapazitäten für die Behandlung der Patienten zu schaffen.

§ 2 Messbarkeit und Ziele der Förderung

- (1) Ziel ist die Verbesserung der wohnortnahen Versorgung durch Augenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Neurologen bzw. Psychiatern und Rheumatologen, um die Anzahl der betreuten Patienten zu stabilisieren und zu steigern.
- (2) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
 - a) die Entwicklung der Anzahl der Ärzte der jeweiligen Fachgruppen sowie
 - b) die Entwicklung der Anzahl der Behandlungsfälle der jeweiligen Fachgruppe.
- (3) Zur Bewertung der Zielerreichung wird auf der Grundlage des Jahres 2018 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
 - a) Die Anzahl der Behandlungsfälle der Fachärzte (FÄ) für Augenheilkunde erhöht sich von 909.072 auf 915.000.
 - b) Die Anzahl der Behandlungsfälle der FÄ für HNO-Heilkunde erhöht sich von 513.811 auf 520.000.
 - c) Die Anzahl der Behandlungsfälle der FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten erhöht sich von 538.995 auf 540.000.
 - d) Die Anzahl der Behandlungsfälle der FÄ für Innere Medizin SP Rheumatologie erhöht sich von 41.314 auf 45.000.

- e) Die Anzahl der Behandlungsfälle der FÄ für Nervenheilkunde, der FÄ für Neurologie sowie der FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie erhöht sich insgesamt von 432.694 auf 450.000.

§ 3

Umsetzung und Laufzeit der Förderung

- (1) Die Ärzte der jeweiligen Fachgruppe erhalten für nachfolgende Grundpauschalen für kurativ-ambulante Behandlungsfälle einen Punktwertzuschlag in Höhe von 1 Cent. Der Förderbetrag je Fachgruppe ergibt sich aus der jeweiligen fachgruppenspezifischen MGV-Vergütung je Arzt des jeweiligen Vorjahresquartals multipliziert mit der Differenz der Anzahl der Ärzte der jeweiligen Fachgruppe im Abrechnungsquartal und der Anzahl der Ärzte der jeweiligen Fachgruppe im Vergleichsquartal 2019. Der Versorgungsumfang ist entsprechend zu berücksichtigen.
- | | |
|--|---|
| a) Augenärzte | GOP 06210, 06211, 06212 |
| b) Hautärzte | GOP 10210, 10211, 10212 |
| c) HNO-Ärzte | GOP 09210, 09211, 09212 |
| d) Nervenärzte, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Neurologen bzw. Psychiater | GOP 16210, 16211, 16212, 21210, 21211, 21212, 21213, 21214, 21215 |
| e) Rheumatologen | GOP 13690, 13691, 13692 |
- (2) Die Förderung nach Abs. 1 erfolgt nur unter der Voraussetzung, dass die jeweilige Fachgruppe eine Steigerung der Zahl der Ärzte gegenüber dem jeweiligen Vergleichsquartal 2019 aufweist.
- (3) Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen nach Teil 4, § 1 Abs. 2 überschritten wird, erfolgt eine Wichtung anhand des MGV-Anteils der einzelnen Fachgruppen. Innerhalb der Fachgruppe erfolgt eine Quotierung des Punktwertzuschlages nach Abs. 1.
- (4) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „E“ gekennzeichnet und von der KVT umgesetzt.
- (5) Die Finanzierung der Förderung erfolgt außerhalb der MGV gemäß Teil 4.
- (6) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von acht Abrechnungsquartalen. Nach Vorlage von vier Abrechnungsquartalen erfolgt bereits eine gemeinsame Betrachtung der Zwischenergebnisse.

Anlage 5m Förderung von Leistungserbringern in unterversorgten Regionen, in von Unterversorgung bedrohten Regionen und in Regionen mit lokalem Versorgungsbedarf

§ 1 Versorgungssituation

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat für 2019 Feststellungen nach § 100 Abs. 1 und 3 SGB V für verschiedene Fachgruppen und Planungsbereiche in Thüringen getroffen. Bedingt durch die Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie werden erst im ersten Halbjahr 2020 die neuen Feststellungen für 2020 beschlossen.

§ 2 Messbarkeit und Ziele der Förderung

- (1) Sofern in Umsetzung der Regelungen aus Teil 4 noch Mittel zur Verfügung stehen, sollen diese für die Förderung für Leistungserbringer in unterversorgten Regionen, in von Unterversorgung bedrohten Regionen und in Regionen mit lokalem Versorgungsbedarf verwendet werden. Durch die Förderung soll eine Stabilisierung und Verbesserung der wohnortnahen Angebotsstruktur geschaffen werden, indem die ärztliche Betreuung von überdurchschnittlich vielen Patienten gefördert wird.
- (2) Um die Stabilisierung bzw. Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere die Entwicklung der Anzahl der Behandlungsfälle in den geförderten Regionen.
- (3) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2018 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
 - a) Die Anzahl der Behandlungsfälle in den geförderten Regionen und betroffenen Fachgruppen erhöht sich.

§ 3 Umsetzung und Laufzeit der Förderung

- (1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 10 € auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen für alle kurativ-ambulanten Behandlungsfälle eines Arztes in einer geförderten Region, die die durchschnittliche thüringische kurativ-ambulante Behandlungsfallzahl des Vorjahresquartals der entsprechenden Fachgruppe übersteigen. Der Versorgungsumfang des Arztes ist zu berücksichtigen.
- (2) Der Zuschlag auf die oben genannten Pauschalen wird mit der Abr.-Nr. 99498 (Hausärzte) sowie der Abr.-Nr. 99499 (Fachärzte) gekennzeichnet und von der KV Thüringen zugesetzt.
- (3) Die Finanzierung der Förderung erfolgt außerhalb der MGV entsprechend der Vorgaben gemäß Teil 4.
- (4) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von acht Abrechnungsquartalen. Nach Vorlage von vier Abrechnungsquartalen erfolgt bereits eine gemeinsame Betrachtung der Zwischenergebnisse.