



Amtliche Bekanntmachung – Nr. 07-2022

**Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit
Wirkung für das Jahr 2022**

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 2022
- Anlage 1a Berechnung des kassenspezifischen Anteils für förderungswürdige Leistungen gemäß Teil 4, § 1 je Quartal 2022
- Anlage 2 Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
- Anlage 3 Kassenartenübergreifende 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) bzw. des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses (erg(E)BA) vereinbaren die Vereinbarungspartner nachfolgende Vergütungsregelungen für die vertragsärztliche Versorgung im Jahr 2022. Diese Vereinbarung wird als Anlage 1 Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

§ 1 Geltungsdauer

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2022 in Kraft und endet am 31.12.2022, 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 bzw. des erg(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 EBA in seiner 75. Sitzung zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2022 festgelegten Orientierungswertes vereinbart.
- (2) Der regionale Punktwert beträgt demnach 11,2662 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

- (1) 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) Rechtsgrundlage für die Ermittlung der MGV ist § 87a Abs. 3 i. V. m. Abs. 4 SGB V.
- (3) Sofern sich bei Anpassungen der Behandlungsbedarfe wie auch bei der kassenspezifischen Aufteilung der Behandlungsbedarfe aufgrund der regionalen Abgrenzung der MGV oder aufgrund zu klärender Sachverhalte wie beispielsweise fehlender Kennzeichnungen in den Datengrundlagen oder der Umgang mit den Kennzeichnungen als MGV- oder EGV-Leistung (z. B. EGV-Leistungen nach dem TSVG) ergeben, stimmt sich die KVT mit den Krankenkassenverbänden über die zu verwendende Abgrenzung der Leistungsmengen ab.

§ 2

Ermittlung der MGV

- (1) 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.
 - b) Die ermittelte Ausgangsgröße des Behandlungsbedarfs nach Buchstabe a) wird für die weitere Ermittlung der kassenspezifischen Anteile wie folgt erhöht:
 - ba) um den erwarteten Mehrbedarf aufgrund der Aufnahme von Zuschlägen für den gestiegenen allgemeinen Hygieneaufwand in den EBM um 6.478.890 Punkte je Quartal gemäß dem Beschluss des (E)BA in seiner 74. Sitzung,
 - bb) um die Leistungsmengen der Laboruntersuchung auf Antikörper gegen Velmanase alfa GOP 32480 EBM und der Laboruntersuchung vor Therapie mit Daratumumab GOP 32557 EBM des Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins gemäß dem Beschluss des BA in seiner 433. Sitzung (für das 1. Quartal 2022),
 - bc) um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikationen Mandeloperation (GOP 01645A) und Gebärmutterentfernung (GOP 01645B) sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins gemäß dem Beschluss des BA in seiner 430. Sitzung,
 - bd) um die Leistungsmengen beim Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie GOP 32459, 32774 und 32775 EBM des

- Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spezifischen Abstufungsquote von eins gemäß dem Beschluss des EBA in seiner 54. Sitzung (für das 1. bis 2. Quartal 2022),
- be) um die Leistungsmengen der GOP 32362 und 32363 (Präeklampsiemarker) des Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spezifischen Abstufungsquote von eins gemäß dem Beschluss des BA in seiner 570. Sitzung,
- sowie bereinigt:
- bf) um 791.000 Punkte jeweils für das 1. und 2. Quartal 2022 sowie um 64.000 Punkte jeweils für das 3. und 4. Quartal 2022 im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste aufgrund der Übermittlung elektronischer Briefe gemäß dem Beschluss des BA in seiner 480. Sitzung,
- bg) um 684.594 Punkte jeweils für das 1. und 2. Quartal 2022 im Zusammenhang mit der Anpassung des EBM zum Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie gemäß der Beschlüsse des BA in seiner 504. sowie seiner 563. Sitzung,
- bh) 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 575. Sitzung oder etwaiger Folgebeschlüsse, zu bereinigen sind,
- bi) 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 und
- bj) um den KV-spezifischen Korrekturwert aufgrund der bisher nicht berücksichtigten Leistungsmengen (TSVG-Nachbereinigung) für die TSVG-Konstellationen Neupatienten und offene Sprechstunden je Quartal gemäß Beschluss des BA in seiner 581. Sitzung. Sollten Differenzen zwischen den vom Bewertungsausschuss beschlossenen Werten und den Vorabberechnungen der KVT entstehen, sind diese bei der Rechnungslegung des Folgequartals nachträglich mit Basiswirksamkeit für das Folgejahresquartal des zu korrigierenden Quartals zu berücksichtigen.
- c) Der festgestellte Behandlungsbedarf nach Buchstabe b) wird für die weitere Ermittlung des angepassten Behandlungsbedarfs wie folgt bereinigt:
- ca) um 0,0206 Prozent gemäß dem Beschluss des BA in seiner 571. Sitzung für die Behebung des Kassenwechslereffekts.
- d) *Dies ergibt den angepassten Behandlungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals über alle Krankenkassen.*
- e) Der kassenspezifische Anteil des bereinigten Behandlungsbedarfs wird wie folgt ermittelt:
- ea) 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 des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal wird wie folgt ermittelt:
- fa) Der Behandlungsbedarf gemäß Buchstabe d) wird mit dem kassenspezifischen prozentualen Anteil gemäß Buchstabe ea) multipliziert.

- fb) Zudem erfolgt bei der jeweiligen Krankenkasse die Hinzusetzung des für das Vorjahresquartal ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens aufgrund der Möglichkeit des Bereinigungsverzichts gemäß dem Beschluss des BA in seiner 489. Sitzung.
- fc) Weiterhin werden die Veränderung der kassenspezifischen Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal gegenüber dem Vorjahresquartal berücksichtigt.
- fd) Angepasst wird der auf die jeweilige Krankenkasse entfallende Anteil an der basiswirksamen Erhöhung aufgrund der Neufassung des Kapitels 25 gemäß dem Beschluss des BA in seiner 513. Sitzung. Der Anpassungsbetrag ergibt sich aus den jeweiligen Punktzahlen des 1. bis 4. Quartals 2021 (51.858.585 Punkte für das 1. Quartal 2021, 50.193.825 Punkte für das 2. Quartal 2021, 54.828.324 Punkte für das 3. Quartal 2021 und 49.761.108 Punkte für das 4. Quartal 2021), welche um den arithmetischen Mittelwert der vom BA für das Jahr 2021 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate in Höhe von 0,5430 Prozent erhöht, der erhöhte Wert um den arithmetischen Mittelwert aus den vom BA für das Jahr 2022 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate in Höhe von 0,4029 Prozent abgesenkt und mit -0,1440 Prozent multipliziert werden.

Die Aufteilung auf die Krankenkassen erfolgt nach den jeweiligen Leistungsbedarfsanteilen der Versicherten der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk der KVT an den Leistungen des Kapitels 25 (ohne die GOP 25228 bis 25230) im entsprechenden Quartal des Jahres 2021.

- g) Der weiterentwickelte kassenspezifische Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs für das jeweilige Abrechnungsquartal wird wie folgt ermittelt:
 - ga) Der kassenspezifische Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs nach Buchstabe f) wird um die Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V in Höhe von 0,4029 Prozent aufgrund der Gewichtung von 50 : 50 der vom BA in seiner 569. Sitzung beschlossenen diagnose- und demografiebezogenen Veränderungsrate erhöht.
 - gb) Zu dem kassenspezifischen Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs nach Buchstabe f) 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.
 - gc) Auf den kassenspezifischen Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs nach Buchstabe f) 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.

(2) 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 11,2662 Cent.

(2a) Zur Umsetzung der Finanzierungsempfehlungen gemäß dem Beschluss des EBA in seiner 54. Sitzung i. V. m. den Beschlüssen des BA in seiner 504. sowie seiner 563. Sitzung im Zusammenhang mit der Anpassung des EBM zum Einsatz von Diagnostika zur schnellen und qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie wird die gemäß § 2 ermittelte MGV nicht basiswirksam um 38.121 Euro je Quartal (im 1. und 2. Quartal 2022) abgesenkt. Die Aufteilung auf die Krankenkassen erfolgt nach den jeweiligen Leistungsbedarfsanteilen gemäß Nummer 2.2.2 des Beschlusses des BA in seiner 383. Sitzung, zuletzt geändert durch den Beschluss des BA in seiner 526. Sitzung, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen.

- (3) Bei Fusionen von Krankenkassen mit Versicherten in Thüringen wird für die neue (fusionierte) Krankenkasse ein neuer nach Versichertenzahlen gewichteter kassenspezifischer Aufsatzwert ermittelt.
- (4) 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.
- (5) Bei Krankenkassen, für die aus dem Jahr 2021 kein Leistungsbedarf und keine Versicherten zur Berechnung der MGV für das Jahr 2022 vorliegen und für die im Jahr 2022 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 Abstufungsquote vergütet.

§ 3

Nicht vorhersehbarer morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf

- (1) Eine Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für das Jahr 2022 erfolgt gemäß dem Beschluss des BA in seiner 567. Sitzung sowie etwaiger Folgebeschlüsse.
- (2) Die Beschlüsse des BA im Zusammenhang mit der Kennzeichnung und Vergütung aller ärztlichen Leistungen, die aufgrund des begründeten 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, sind zu berücksichtigen.
- (3) Gemäß dem Beschluss des BA in seiner 567. Sitzung ist festzustellen, dass sich für das Jahr 2019 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) und der Anlage 3 (Kassenartenübergreifende 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. 66 erfolgt ab dem Jahr 2020 außerhalb der MGV zur Sicherstellung und Stärkung der flächendeckenden fachärztlichen Grundversorgung der Versicherten. Die Regelung wird durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von acht Abrechnungsquartalen, beginnend mit dem 1. Quartal 2020, 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 Pauschalen fachärztliche Grundversorgung sowie den Anteil 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 Pauschalen fachärztliche Grundversorgung 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 76,1 % auf 76,4 % erhöhen.

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

- (3) Die Finanzierung aller EBM-Leistungen von bis zu sechs neu zugelassenen bzw. neu angestellten überwiegend konservativ tätigen Augenärzten in den nicht gesperrten Planungsbereichen (Gotha, Hildburghausen, Ilmkreis, Kyffhäuserkreis, Saale-Orla-Kreis, Sömmerda und Sonneberg) erfolgt jeweils für 12 Quartale als Einzelleistungsvergütung außerhalb der MGV. Dabei sind alle ab dem Jahr 2021 geförderten Augenärzte zu berücksichtigen. Diese Finanzierung erfolgt nur unter der Voraussetzung, dass zum Zeitpunkt der Zulassung bzw. der Anstellung eine Steigerung der Zahl der Augenärzte im jeweiligen Planungsbereich erfolgte. Als überwiegend konservativ tätig gilt der Augenarzt, wenn der Anteil seiner konservativen Behandlungsfälle mindestens 80 Prozent seiner gesamten Behandlungsfälle umfasst. Hierzu gibt der Augenarzt bei der Zulassung bzw. Anstellung eine entsprechende Erklärung zur Tätigkeit als überwiegend konservativer Augenarzt ab. Sofern der Augenarzt nicht überwiegend konservativ tätig sein sollte, wirkt die KVT im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf die Einhaltung seiner Erklärung zur konservativen Tätigkeit hin.

Die KVT informiert die Krankenkassenverbände, sofern ein Augenarzt über diese Regelung gefördert wird inklusive Ort der Tätigkeit, BSNR und LANR. Die Arztfälle der hier geförderten Augenärzte werden in den Einzelfallnachweisen seitens der KVT mit der Ziffer 99149 gekennzeichnet. Nach Vorlage des ersten Abrechnungsquartals des ersten neuen Augenarztes nach dieser Regelung verständigen sich die Vereinbarungspartner, welche Daten die KVT zur Transparenz und Auswirkung dieser Regelung an die Krankenkassenverbände übermittelt.

§ 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 1,6779 Prozent unter Berücksichtigung der aktuell vorliegenden Versicherungszahlen je Krankenkasse.
- (2) Die Höhe der monatlichen Abschlagszahlungen auf die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu zahlenden Leistungsanteile, Sachkosten und Leistungen nach den Versorgungsverträgen wird auf 30 Prozent des jeweiligen Vorjahresquartals (Leistungsbedarf lt. regionaler Euro-Gebührenordnung in Euro) festgelegt. Eine Berücksichtigung der Leistungen nach den Versorgungsverträgen erfolgt jedoch erst ab dem 3. Quartal 2022.

- (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. 2 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 026 abgefordert.

§ 8

Honorarkürzungen nach §§ 95d und 291b Abs. 5 sowie 341 Abs. 6 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 800 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 § 291b Abs. 5 Sätze 1 und 2 SGB V in Fällen der nicht erfolgten Durchführung der Prüfung nach § 291b Abs. 2 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 801 für die Fälle nach § 291b Abs. 5 SGB V. § 291b Abs. 5 Sätze 3 und 4 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.
- (3) Honorarkürzungen nach § 341 Abs. 6 SGB V wegen des fehlenden Nachweises der für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte erforderlichen Komponenten und Dienste 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 802. 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. Die Förderungen werden grundsätzlich analog der vertraglichen Regelungen der Jahre 2020 und 2021 auch in 2022 fortgeführt.
- (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,
 - 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 grundsätzlich in das Folgequartal zu übertragen. Die Vertragspartner verständigen sich über die Verwendung etwaiger Restmittel.

§ 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 zum Zeitpunkt der quartalsbezogenen Endabrechnung vorliegenden 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. Darüber hinaus informiert die KVT, im Rahmen der Abrechnung gemäß § 2, die Krankenkassenverbände nach Abschluss eines Quartals über die Gesamtergebnisse der einzelnen Förderungen nach § 1 Abs. 2.

§ 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, beginnend mit dem 1. Quartal 2020. 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 17.02.2022

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 unter Beachtung der Bestimmungen des BMV-Ä (§ 18 Abs. 8 Satz 3 Nr. 3) privat gegenüber den Versicherten liquidiert werden.

Anlage 1 Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2022

Stand: 09. Februar 2022

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 als Ausgangsgröße für weitere Ermittlung der kassenspez. Anteile			
[2]	Erhöhung um den zu erwarteten Mehrbedarf aufgrund der Aufnahme von Zuschlägen für den gesteigerten allgemeinen Hygieneaufwand in den EBM gem. (E)BA-Beschluss in seiner 74. Sitzung			
[3]	Erhöhung um die Leistungsmengen bei Laboruntersuchung der GOP 32480 und 32557 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 433. Sitzung		bis 1/22	
[4]	Erhöhung um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation Mandeloperation und Gebärmutterentfernung nach GOP 01645 sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen gem. BA-Beschluss in seiner 430. Sitzung			
[5]	Erhöhung um die Leistungsmengen beim Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie der GOP 32459, 32774 und 32775 EBM gem. (E)BA-Beschluss in seiner 54. Sitzung		bis 2/22	
[6]	Erhöhung um die Leistungsmengen der GOP 32362 und 32363 gem. BA-Beschluss in seiner 570. Sitzung			
[7]	Bereinigung im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste aufgrund der Übermittlung elektronischer Briefe gem. BA-Beschluss in seiner 480. Sitzung		bis 2/23	
[8]	basiswirksame Bereinigung im Zusammenhang mit der Aufnahme von GOP mit dem Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie gem. BA-Beschluss in seiner 504. und 563. Sitzung		bis 2/22	
[9]	Differenzbereinigungsmenge ASV			
[10]	Bereinigungsvolumen aufgrund Bereinigungsverzicht			
[11]	Bereinigung um den KV-spez. Korrekturwert der TSVG-Nachbereinigung für „Neupatient“ und „offene Sprechstunde“ gem. BA-Beschluss in seiner 581. Sitzung		bis 4/22	
[12]	festgestellter BB	$[12] = [1]+[2]+[3]+[4]+[5]+[6]-[7]-[8]-[9]+[10]-[11]$		
[13]	basiswirksame Anpassung des BB im Zusammenhang mit der Behebung des Kassenwechsellereffekts gem. BA-Beschluss in seiner 571. Sitzung (-0,0206%)	$[13] = [12] \cdot -0,000206$		
[14]	angepasster BB	$[14] = [12]+[13]$		

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

[15]	abgerechneter LB in Abgrenzung der MGW des Abrechnungsquartals (incl. Korrekturen, aber ohne Berücksichtigung geschlossener KK)			
[16]	kassenspezifischer prozentualer Anteil	$[16] = [15]/GKV[15]$		

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

[17]	aufgeteilter BB	$[17] = GKV[14] \cdot [16]$		
[18]	Erhöhung um das ermittelte und vorliegende voraus. Bereinigungsvolumen aufgrund des Bereinigungsverzichts gem. BA-Beschluss in seiner 489. Sitzung			
[19]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal			
[20]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal			

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

		Summe GKV	Summe VKNR
[20a]	davon entfallene Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal je fusionierende Krankenkasse		
[21]	Anpassung aufgrund der Neufassung des Kap. 25 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 513. Sitzung		
[22]	kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	$[22] = ([17]+[18])[19]*[20]+[21]$	

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

[23]	kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	$[23] = [22]$	
[24]	zuzügl. Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 SGB V gem. BA-Beschluss in seiner 569. Sitzung (0,4029%)	$[24] = [23]*0,004029$	
[25]	zuzügl. aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmenge multipliziert mit der Differenz der Versichertenzahl vom Abrechnungs- zum Vorjahresquartal		
[26]	abzügl. Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge		
[27]	weiterentwickelter kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	$[27] = [23]+[24]+[25]-[26]$	

Berechnung der kassenspezifischen MGV unter Berücksichtigung von nicht basiswirksamen Bereinigungen

[28]	kassenspezifische MGV berechnet mit PW 11,2662 Cent	$[28] = [27]*0,112662$	
[29]	nicht basiswirksame Bereinigung im Zusammenhang mit der Aufnahme von GOP mit dem Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie gem. BA-Beschluss in seiner 504. und 563. Sitzung	$[29] = \text{Wert gem. Legende}[16]$	bis 2/22
[30]	korrigierte kassenspezifische MGV	$[30] = [28]-[29]$	

Legende:

[1]	basiswirksam vereinbarter und um die Selektivverträge bereinigter BB als Ausgangsgröße für weitere Ermittlung der Kassenspez. Anteile	BB_von KV (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM“); bei Verwendung von Korrekturwerten erfolgt im Vorfeld Abstimmung mit LV der KK
[2]	Erhöhung um den zu erwarteten Mehrbedarf aufgrund der Aufnahme von Zuschlägen für den gesteigerten allgemeinen Hygieneaufwand in den EBM gem. (E)BA-Beschluss in seiner 74. Sitzung	aufgrund Neuaufnahme und Ausweitung von Leistungsbewertungen wird der BB je Quartal um 6.478.890 erhöht
[3]	Erhöhung um die Leistungsmengen bei Laboruntersuchung der GOP 32480 und 32557 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 433.Sitzung	aufgrund der Wiederaufnahme der Leistungsmengen der Laboruntersuchung auf Antikörper gegen Velmanase alfa (GOP 32480) und der Laboruntersuchung vor Therapie mit Daratumumab (GOP 32557) wird der BB für das 1. Quartal 2022 mit den entsprechenden GOP des Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spez. Abstaffelungsquote von eins erhöht
[4]	Erhöhung um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation Mandeloperation und Gebärmutterentfernung nach GOP 01645 sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen gem. BA-Beschluss in seiner 430. Sitzung	aufgrund der Wiederaufnahme der Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation Mandeloperation und Gebärmutterentfernung nach GOP 01645 sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen wird der BB des jeweiligen Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spez. Abstaffelungsquote von eins erhöht
[5]	Erhöhung um die Leistungsmengen beim Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie der GOP 32459, 32774 und 32775 EBM gem. (E)BA-Beschluss in seiner 54.Sitzung	aufgrund der Wiederaufnahme der Leistungsmengen beim Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie (GOP 32459, 32774 und 32775) wird der BB für das 1. Halbjahr 2022 mit den entsprechenden GOP des Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spez. Abstaffelungsquote von eins erhöht
[6]	Erhöhung um die Leistungsmengen der GOP 32362 und 32363 gem. BA-Beschluss in seiner 570. Sitzung	aufgrund der Überführung der Leistungen nach den GOP 32362 und 32363 in die MGV wird der BB des jeweiligen Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spez. Abstaffelungsquote von eins erhöht
[7]	Bereinigung im Zusammenhang mit dem Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste aufgrund der Übermittlung elektronischer Briefe gem. BA-Beschluss in seiner 480. Sitzung	aufgrund des Wegfalls des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste durch Übermittlung elektronischer Briefe erfolgt eine Bereinigung des BB für die Quartale 1. und 2. Quartal 2022 von jeweils 791.000 Punkten sowie für die Quartale 3. und 4. Quartal 2022 von jeweils 64.000 Punkten
[8]	basiswirksame Bereinigung im Zusammenhang mit der Aufnahme von GOP mit dem Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie gem. BA-Beschluss in seiner 504. und 563. Sitzung	aufgrund der Bereinigungen im Zusammenhang mit der Anpassung des EBM zum Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie wird der BB wie folgt basiswirksam im 1. und 2. Quartal 2022 jeweils um 684.594 Punkte abgesenkt
[9]	Differenzbereinigungsmenge ASV	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[10]	Bereinigungsvolumen aufgrund Bereinigungsverzicht	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[11]	Bereinigung um den KV-spez. Korrekturwert der TSVG-Nachbereinigung für „Neupatient“ und „offene Sprechstunde“ gem. BA-Beschluss in seiner 581. Sitzung	separate Daten nach Vorgabe des BA-Beschlusses
[15]	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)
[18]	Erhöhung um das ermittelte und vorliegende vorauss. Bereinigungsvolumen aufgrund des Bereinigungsverzichts gem. BA-Beschluss in seiner 489. Sitzung	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[19]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal	Vers_von KV (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_IK“); bei Verwendung von Korrekturwerten erfolgt im Vorfeld Abstimmung mit LV der KK
[20]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal	Versicherte, Wohnausländer und Betreute aus Satzart „ANZVER87a“
[20a]	davon entfallene Versichertenzahlen 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
[21]	Anpassung aufgrund der Neufassung des Kap. 25 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 513. Sitzung	zuerst werden die Punktzahlen des jeweiligen Quartals aus 2021 - für 1/21 = 51.858.585 Pkt. - für 2/21 = 50.193.825 Pkt. - für 3/21 = 54.828.324 Pkt. - für 4/21 = 49.761.108 Pkt. um den arithmetischen Mittelwert der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate 2021 (0,5430%) erhöht, um den arithmetischen Mittelwert der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate 2022 (0,4029%) abgesenkt und mit -0,1440% multipliziert und anschließend erfolgt die Aufteilung auf die Krankenkassen nach den Leistungsbedarfsanteilen der Versicherten der einzelnen Krankenkassen an den Leistungen des Kap. 25 (ohne GOP 25228 bis 25230) EBM im entsprechenden Quartal des Jahres 2021

Legende:

[25]	zuzügl. aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmenge multipliziert mit der Differenz der Versichertenzahl vom Abrechnungszum Vorjahresquartal	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[26]	abzügl. Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[28]	kassenspezifische MGV berechnet mit PW 11,2662 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.
[29]	nicht basiswirksame Bereinigung im Zusammenhang mit der Aufnahme von GOP mit dem Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie gem. BA-Beschluss in seiner 504. und 563. Sitzung	aufgrund der Bereinigungen im Zusammenhang mit der Anpassung des EBM zum Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie erfolgte eine nicht basiswirksame Bereinigung unter Berücksichtigung der jeweiligen LB-Anteile je Krankenkasse gem. Nr. 2.2.2 des Verfahrens zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen im 1. und 2. Quartal 2021 jeweils um 38.121 €

- 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 2022

Stand: 21. Dezember 2021

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	Phototherapeutische Keratektomie	GOP 31362, 31734, 31735 und 40680
6	Künstliche Befruchtung	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 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.
7	Substitutionsbehandlung und Leistungen zur diamorphin-gestützten Behandlung Opiatabhängiger	Abschnitt 1.8
8	Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V	GOP 01425 und 01426
9	HLA-/HPA-Antikörperdiagnostik	GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943, 32948 und 32949

10	Leistungen im Rahmen der Versorgung von HIV-Infizierten	Abschnitt 30.10
11	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese/ Apherese bei rheumatoider Arthritis	GOP 13620 bis 13622
12	Dialysesachkosten	Abschnitt 40.14
13	Balneophototherapie	GOP 10350
14	Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis bei ungeklärter Immunitätslage im Rahmen der Empfängnisregelung	GOP 01833
15	Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikations-Therapie von Trägern mit MRSA	Abschnitt 30.12
16	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 „D“, „P“, „Q“ oder „R“) für genannte Arztgruppen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V
17	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“)
18	Narkosen bei zahnärztlichen Behandlungen bereichseigener Ärzte	GOP 01320 (Zusatz Großbuchstaben „Z“ oder „G“), GOP 05210, 05211 und 05212, (Zusatz Großbuchstaben „Z“, „Y“, „V“ oder „G“), GOP 05230, 05310, 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 (Zusatz Großbuchstaben „Z“)
19	Leistungen der spezifischen Immuntherapie	GOP 30130 und 30131
20	Kinderpneumologische Leistungen	Abschnitt 4.5.2
21	Nephrologie und Dialyse	Abschnitt 13.3.6 (ohne GOP 13594, 13596, 13597, 13620 bis 13622)

22	Pädiatrische Nephrologie und Dialyse	Abschnitt 4.5.4 sowie die GOP 04000, 04040, 04230 und 04231, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnittes 4.5.4 abgerechnet werden
23	Neuropsychologische Therapie	Abschnitt 30.11
24	Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus (HIV-Testung)	GOP 32821
25	Leistungen der rheumatologischen Versorgung	GOP 13700 und 13701
26	Osteodensitometrie	GOP 34601
27	Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	GOP 04528, 04529, 13425 und 13426
28	Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe	GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373, 36371 bis 36373
29	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
30	Zuschlag für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung	GOP 04356
31	Kosten, die im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung nach GOP 17372 bei der Verwendung von Radium-223-dichlorid entstehen	GOP 40582
32	PET und PET/CT	Abschnitt 34.7 sowie GOP 40584
33	Soziotherapie	GOP 30810 und 30811
34	Humangenetik	GOP 01841, 11230, 11233 bis 11236 und 11302 Abschnitte 19.4.2 und 19.4.4 GOP 32865 und 32911
35	Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung gemäß § 118a SGB V	Abschnitt 30.13

36	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 palliativ-medizinische Versorgung)	Abschnitte 37.2 und 37.3
37	Delegationsfähige Leistungen	Abschnitt 38.3
38	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
39	Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der GOP 34291	GOP 40306
40	elektronischer Brief	GOP 86900 und 86901
41	Telekonsile Befundbeurteilungen Röntgen oder CT, Telekonsile sowie Beurteilung	Abschnitt 34.8 GOP 01670 bis 01672
42	Leistungen im Zusammenhang mit der kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM)	GOP 03355, 04590 und 13360
43	Videosprechstunde	GOP 01442, 01444 und 01450
44	Zweitmeinungsverfahren mit Ausnahme der Eingriffe Mandeloperationen (Tonsillektomie, Tonsillotomie) sowie Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien)	GOP 01645 (mit Ausnahme 01645A und B) sowie Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM
45	Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	GOP 35151 und 35152
46	Epilation mittels Laser	GOP 02325 bis 02328
47	Verordnung von Cannabis	GOP 01460, 01461 und 01626
48	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
49	Notfalldatenmanagement	GOP 01640 bis 01642

50	Verordnung Rehabilitation	GOP 01611
51	Hyperbare Sauerstofftherapie bei Diabetischem Fußsyndrom	GOP 30210, 30212, 30216 und 30218
52	FFR-Messung	GOP 34298 und 40301
53	Einrichtungsbefragung gemäß der DeQ-RL, Verfahren 2, Anlage II Buchstabe e	GOP 01650
54	Versorgungsplanung	GOP 37400
55	Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris	GOP 30440
56	Hornhauttomographie	GOP 06362
57	Kostenpauschale für Riboflavin	GOP 40681
58	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Fingolimod	GOP 01516 (bis 31.03.2022)
59	HIV-Präexpositionsprophylaxe	Abschnitt 1.7.8
60	Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA	GOP 32850
61	Optische Kohärenztomographie (OCT)	GOP 06336 bis 06339
62	Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Velmanase alfa oder Sebelipase alfa	GOP 01514 (bis 31.03.2022)
63	Kostenpauschale bei Liposuktion	GOP 40165
64	Biomarkerbasierte Tests bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom	GOP 08347, 13507 GOP 19503 bis 19506
65	Nachweis oder Ausschluss von Mutationen in den BRCA1- und BRCA2-Genen in der Keimbahn gemäß Fachinformation	GOP 11601
66	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
67	Polysomnographie	GOP 30901

- | | | |
|-----|---|--|
| 68 | FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab | GOP 04538, 13678 und 40167 |
| 69 | Untersuchung auf das Vorliegen einer Infektion mit dem beta-Coronavirus SARS-CoV-2 | GOP 02402, 32779 und 32816 |
| 70 | TSVG-Konstellationen | |
| 70a | TSS-Termin- bzw. Akutfall Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 SGB V aufgrund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle | |
| 70b | 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. | |
| 70c | 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 |
| 70d | Zuschlag Hausarzt für Terminvermittlung beim Facharzt gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V | GOP 03008 und 04008 |
| 70e | Leistungen für Neupatienten gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V | |
| 70f | Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V, die innerhalb von offenen Sprechstunden der nach BMV-Ä definierten Fachgruppen erfolgen | |
| 71 | Genotypisierung | GOP 32866 |
| 72 | Zuschlag zur eArztbrief-Versandpauschale | GOP 01660 |
| 73 | Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Verwendung endoskopischer Zusatzinstrumente als Einmalprodukte | GOP 40460B, 40460F, 40460M, 40461B, 40461F, 40461M, 40462B, 40462F und 40462M, wenn die GOP im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen nach den GOP 01741, 01742, 04514, 04515, 04520, 08311T, 13421, 13422, 13423, 13430, 26310T oder 26311T abgerechnet werden |

74	Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Siponimod	GOP 01517 (bis 31.03.2022)
75	Vakuumversiegelungstherapie von Wunden	GOP 02314, 40900 bis 40903
76	Bestimmung des DPD-Metabolisierungsstatus	GOP 32867
77	Postalische Versendung einer AU-Bescheinigung bzw. Bescheinigung nach Muster 21 bei Videosprechstunden	GOP 40128 und 40129
78	Tumortheraiefelder (TTF) zur Behandlung des Glioblastoms	Abschnitt 30.3.2
79	Zusatzpauschalen im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte (ePA)	GOP 01431, 01647 und 01648
80	GOP zur Anwendung der Arzneimittel Hepcludex®	GOP 32855 bis 32857
81	Zusatzpauschalen im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsanwendungen	GOP 01470 und 01471
82	Nachweis von Anti-Drug-Antikörpern gem. Fachinformation eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff Sebelipase alfa	GOP 32481
83	Infusionstherapie mit Sebelipase alfa	GOP 02102
84	Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe gemäß Kryo-RL	Abschnitte 8.6 und 40.12 sowie GOP 01510K bis 01512K, 02100K, 02341K, 05310K, 05330K, 05340K, 05341K, 05350K, 08575K, 31272K, 31503K, 31600K, 31608K, 31609K, 31822K, 32575K, 32614K, 32618K, 32660K, 32781K, 33043K, 33044K, 33064K, 33090K, 36272K, 36503K und 36822K
85	LDR-Brachytherapie	GOP 25335 und 25336
86	Probatorische Sitzungen im Gruppensetting der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen sowie Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung und Probatorische Sitzungen im Krankenhaus aller Arztgruppen	GOP 35163 bis 35169 sowie GOP 35173 bis 35179 und GOP 01410K und 01413K

87	Kardiorespiratorische Polygraphie im Rahmen einer Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene	GOP 30900U und 30901U
88	Zweitlinientherapie mittels Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe	GOP 30902 und 30905
89	Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln sowie unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels	GOP 01540 bis 01545 (ab 01.04.2022)
90	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	GOP 03325, 03326, 04325, 04326, 13578, 13579, 13583 bis 13587 und 40910
91	Beratung zur Organ- und Gewebespende	GOP 01480 (ab 01.03.2022)

Für alle in dieser Anlage aufgeführten Leistungen finden die entsprechend relevanten Buchstaben Zusätze und Höchstwertregelungen gemäß der Codiertabelle der KBV Anwendung. Zur Umsetzung der Codiervorgaben bei den schmerztherapeutischen Leistungen für ausschließlich schmerztherapeutisch tätige bereichseigene Ärzte (Nr. 17) 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. 7, 10, 11 sowie der Nrn. 13, 15 bis 17, 23, 26 bis 28, 32 und 36 nach Abs. 1 in maschinenlesbarer Form (csv-Format). Ergänzend zu Nr. 17 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	5,95 €
Sachkosten für Linsenimplantate bei Kataraktoperationen			
für PMMA-Linsen (inklusive Viscoelastikum)		99401	190,00 €
für Silicon-Implantate (inklusive Viscoelastikum)		99402	190,00 €
für Acryl-Implantate (inklusive Viscoelastikum)		99403	190,00 €
Sachkosten für LDL-Apherese		99700	1.022,58 €
Sachkosten für suprapubische Katheter		99920	22,00 €
Sachkosten für doppelumige Ovarial-Biopsienadeln		99921	55,10 €
Sachkosten für doppelumige 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,
- Sachkosten für die Seeds (implantierte Strahlenquellen) und Implantationsnadeln im Zusammenhang mit der interstitiellen Low-Dose-Rate-Brachytherapie (LDR-Brachytherapie) mit permanenter Seed-Implantation zur Behandlung von Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom.

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 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

<input type="checkbox"/> 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 Rettungsdienstesätzen führen kann. Zudem kann ein Krankentransport aufgrund von Transportstrapazen eine Belastung für den Patienten darstellen.

§ 2 Messbarkeit und Ziele der Förderung

- (1) Die Fortführung der 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, beginnend ab dem 1. Quartal 2020. 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, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, 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) Die Fortführung der 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

¹ Datengrundlage bilden die Quartalsabrechnungen der geförderten Fachgruppen.

von Chirurgen/Neurochirurgen, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, Dermatologen, Nervenärzten/Neurologen/Psychiatern, Orthopäden/Unfallchirurgen, Pneumologen und Urologen.

- (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, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, 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, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, 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, beginnend ab dem 1. Quartal 2020. 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) Die Fortführung der 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, beginnend ab dem 1. Quartal 2020. 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, 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, beginnend ab dem 1. Quartal 2020. 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 41.302 auf 36.081 in 2018 um 13 % 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, beginnend ab dem 1. Quartal 2020. 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 73.586 auf 63.791 in 2018 um 13,3 % gesunken. Die Anzahl der Ärzte, die solche Leistungen erbringen können, ist zwar in diesem Zeitraum geringfügig gestiegen (596 Ärzte in 2014 und 602 Ärzte in 2018), jedoch ist der Anteil der tatsächlich erbringenden Ärzte mit 31,8 % konstant geblieben.

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 Pflegedürftigen 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, beginnend ab dem 1. Quartal 2020. 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 167 auf 168, die Anzahl der erbringenden Kinderärzte nimmt hierbei jedoch ab. Waren es in 2014 noch 141 sozialpädiatrisch tätige Kinderärzte, sank deren Anzahl in 2018 auf 129. Dies entspricht einem Rückgang des Anteils der erbringenden Ärzte von 84,4 % auf 76,8 %. 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) Die Fortführung der Förderung der Sozialpädiatrie soll die Anzahl der erbringenden Ärzte sowie die Anzahl der durchgeführten sozialpädiatrischen Gespräche erhöhen.
- (3) 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.
- (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 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, beginnend ab dem 1. Quartal 2020. 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 Terminalservicestelle 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) Die Fortführung der Förderung der konservativen Augenheilkunde sollen die Anzahl der konservativ tätigen Augenärzte sowie die Anzahl der konservativ augenärztlichen Behandlungen erhöhen.
- (3) 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.
- (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 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, beginnend ab dem 1. Quartal 2020. 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 1.230 in 2016 auf 1.251 Ärzte in 2018 gesteigert, was einem Anstieg des Anteils von 85,5 % (2016) auf 86,3 % (2018) an Hausärzten entspricht.

§ 2 Messbarkeit und Ziele der Förderung

- (1) Ziel ist die Fortführung der Förderung, da diese nachweislich Wirkung entfaltet und die Versorgungsnotwendigkeit aufgrund der demografischen Entwicklung weiter bestehen bleibt bzw. zunehmen wird.
- (2) Mit der Fortführung der Förderung sollen die Kapazitäten für die Betreuung geriatrischer Patienten 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.
- (3) Die Finanzierung der Förderung erfolgt außerhalb der MGV gemäß Teil 4.

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

- (4) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von acht Abrechnungsquartalen, beginnend ab dem 1. Quartal 2020. 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 444.354 auf 393.348 in 2018 um 11,5 % gesunken. Ebenso hat sich die Anzahl der Teilradiologen von 301 in 2012 auf 249 Ärzte in 2018 (um 17,3 %) verringert. Der Anteil der erbringenden Teilradiologen hat sich hierdurch seit 2012 von 48,8 % auf 40,9 % 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 Fortführung der 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, beginnend ab dem 1. Quartal 2020. 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) Aufgrund der begrenzten Anzahl der Rheumatologen besteht nachweislich eine Versorgungsnotwendigkeit. Diese wird bezüglich der demografischen Entwicklung weiter zunehmen. 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) Die Fortführung der Förderung der orthopädisch-rheumatologischen Versorgung soll die Anzahl der erbringenden Ärzte sowie die Anzahl der durchgeführten rheumatologischen Behandlungen durch Orthopäden erhöhen.
- (3) 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

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.

- b) die Entwicklung der Anzahl der durchgeführten rheumatologischen Leistungen durch Orthopäden.
- (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 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, beginnend ab dem 1. Quartal 2020. 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 keiner 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) Die Fortführung der Förderung hat das Ziel die wohnortnahe Versorgung durch Augenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Neurologen bzw. Psychiatern und Rheumatologen zu verbessern, 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 MGW-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. Ausgenommen bei der Umsetzung und der Berechnung der Steigerung der Zahl der Ärzte werden alle neu zugelassenen bzw. neu angestellten Augenärzte nach Teil 3 § 4 Abs. 3.
- (3) Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen nach Teil 4, § 1 Abs. 2 überschritten wird, erfolgt eine Wichtung anhand des MGW-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.

Für alle in dieser Anlage aufgeführten Leistungen finden die entsprechend relevanten Buchstaben Zusätze und Höchstwertregelungen gemäß der Codiertabelle der KBV Anwendung. Zur Umsetzung der Codiervorgaben erfolgt bei den Zuschlägen gemäß dieser Anlage eine abweichende Kennzeichnung mit nachfolgender Systematik:

KBV-Codiertabelle	Kennzeichnung Zuschläge gemäß Anlage 5I
-	E
V	M
S	K
H	I
R	J
W	N

Die Kennzeichnung der Leistungen mit den Buchstaben Zusätzen wird von der KVT umgesetzt.

- (5) Die Finanzierung der Förderung erfolgt außerhalb der MGW gemäß Teil 4.

- (6) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von acht Abrechnungsquartalen, beginnend ab dem 1. Quartal 2020. 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 2022 Feststellungen nach § 100 Abs. 1 und 3 SGB V für nachfolgende Fachgruppen und Planungsbereiche in Thüringen getroffen.

Feststellung	Fachgruppe	Region*
Unterversorgung	Hausärzte	PB Schmölln/Gößnitz
	Kinder- und Jugendpsychiater	PB Südwestthüringen
Drohende Unterversorgung	Hausärzte	PB Artern
		PB Eisenach-Land
		PB Gera-Land
		PB Schmölln/Gößnitz
	PB Suhl-Stadt	
	HNO-Ärzte	PB Saale-Orla-Kreis
Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf	Hausärzte	GB Gräfenroda
		GB Geisa
		GB Bad Colberg-Heldburg
		GB Großbreitenbach
		GB Ellrich
		GB Gera-Aue
		GB Bad Frankenhausen
		GB Greußen
	Augenärzte	MB Bad Lobenstein
		MB Gotha
		MB Schleiz
	Nervenärzte	MB Gera-Land
		MB Schmalkalden
	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Kyffhäuserkreis

* Planungsbereich (PB) / Grundbereich (GB) / Mittelbereich (MB)

§ 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 2019 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, beginnend ab dem 1. Quartal 2021. Nach Vorlage von vier Abrechnungsquartalen erfolgt bereits eine gemeinsame Betrachtung der Zwischenergebnisse.