



Amtliche Bekanntmachung – Nr. 01-2024

**Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit
Wirkung für das Jahr 2024**

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

Anlagen

- Anlage 1 Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2024
- Anlage 1a Berechnung des kassenspezifischen Anteils für förderungswürdige Leistungen gemäß Teil 4, § 1 je Quartal 2024
- 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 des konventionellen Röntgens durch Teilradiologen
- Anlage 5f Förderung von Leistungen der orthopädisch-rheumatologischen Versorgung
- Anlage 5g Förderung von Leistungen der nichtärztlichen Praxisassistenten
- Anlage 5h Förderung von Leistungen der neurologischen Diagnostik
- Anlage 5i Förderung der Osteodensitometrie
- Anlage 5j Förderung von Leistungserbringern in Regionen bei sich abzeichnenden Versorgungsmängeln
- Anlage 5k 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 2024. Diese Vereinbarung wird als Anlage 1 Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

§ 1 Geltungsdauer

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2024 in Kraft und endet am 31.12.2024, 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 kommen, 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 81. Sitzung zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2024 festgelegten Orientierungswertes vereinbart.
- (2) Der regionale Punktwert beträgt demnach 11,9339 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 ff. SGB V.
- (3) Sofern sich Anpassungen der Behandlungsbedarfe oder 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 angepasst:
 - ba) erhöht um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation Implantation einer Knieendoprothese (GOP 01645E) 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,
 - bb) erhöht um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom (GOP 01645D) 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 (ab 2. Quartal 2024),
 - bc) erhöht um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation Eingriffe an der Wirbelsäule (GOP 01645F) 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 (ab 4. Quartal 2024),

- bd) erhöht um die Leistungsmengen der Humangenetik des Abschnitts 19.4.2 EBM des Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spezifischen Abstufungsquote gemäß dem Beschluss des BA in seiner 448. Sitzung (für das 1. und 2. Quartal 2024),
- be) bereinigt um 5.947.984 Punkte für den Behandlungsbedarf im Zusammenhang mit den Leistungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung, Gespräche, Beratungen, Erörterungen, Abklärungen, Anleitung von Bezugs- oder Kontaktpersonen, Betreuung sowie kontinuierlicher Mitbetreuung in häuslicher Umgebung oder in beschützenden Einrichtungen oder Heimen (Abschnitt 14.2 EBM sowie GOP 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314 EBM) gemäß dem Beschluss des BA in seiner 652. Sitzung, zuletzt geändert durch den Beschluss des BA in seiner 682. Sitzung (für das 1. Quartal 2024),
- bf) bereinigt um die Leistungsmengen der augenärztlichen Leistungen nach Kapitel 6 EBM, welche im Vorjahresquartal der MGV in Thüringen angehört, unter Anwendung der KV-spezifischen Abstufungsquote,
- bg) bereinigt 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 684. Sitzung oder etwaiger Folgebeschlüsse, zu bereinigen sind,
- bh) bereinigt 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,
- bi) bereinigt um die in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V genannten Leistungen aus offenen Sprechstunden unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, wenn und soweit das arztgruppenspezifische Punktzahlvolumen dieser Leistungen gegenüber dem Vorjahresquartal um mehr als 3 Prozent steigt. Dabei werden die Vorgaben gemäß dem Beschluss des BA in seiner 640. Sitzung, zuletzt geändert durch den Beschluss des BA in seiner 651. Sitzung sowie etwaiger Folgebeschlüsse umgesetzt. Im Rahmen der Rechnungslegung ist der Rechengang einschließlich der Rechengrößen transparent darzustellen. Die Vereinbarungspartner stimmen sich bei Bedarf zu den Daten und Berechnungen ab.
- c) Der festgestellte Behandlungsbedarf nach Buchstabe b) wird für die weitere Ermittlung des angepassten Behandlungsbedarfs wie folgt angepasst:
 - ca) erhöht um 0,0648 Prozent gemäß dem Beschluss des BA in seiner 670. 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, zuletzt geändert durch den Beschluss des BA in seiner 661. Sitzung oder etwaiger Folgebeschlüsse.
 - fc) Weiterhin wird die Veränderung der kassenspezifischen Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal gegenüber dem Vorjahresquartal berücksichtigt.
- 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 0,3752 Prozent aufgrund der Gewichtung von 50 : 50 der vom BA in seiner 663. 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 11,9339 Cent.
- (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 2023 kein Leistungsbedarf und keine Versicherten zur Berechnung der MGV für das Jahr 2024 vorliegen und für die im Jahr 2024 erstmals Versicherte und Leistungsbedarf in Thüringen festgestellt werden, werden die vertragsärztlichen Leistungen, welche nach dieser Vereinbarung innerhalb der MGV zu vergüten sind, für einen Zeitraum von maximal 4 Quartalen mit dem nach dieser Vereinbarung geltenden Punktwert für Leistungen der MGV unter Anwendung der kassenartenindividuellen durchschnittlichen Abstaffelungsquote vergütet.

2a

Leistungen der auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV

- (1) Gemäß § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V ergibt sich in einem Quartal in einem KV-Bezirk ab dem 1. April 2023 eine Ausgleichszahlung, wenn die auf die Leistungen der Kinder- und

Jugendmedizin entfallende MGV nicht ausreicht, um die vollständige Vergütung dieser Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu gewährleisten.

- (2) Diese Ausgleichszahlung nach Abs. 1 ist gemäß Nr. 6 Ziffer 1 des Beschlusses des BA in seiner 653. Sitzung in Verbindung mit Nr. 7 des Beschlusses des BA in seiner 654. Sitzung entsprechend dem Leistungsmengenanteil der für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort im Bereich der KVT im jeweiligen Quartal nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung abgerechneten und im Abrechnungsquartal auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV auf die einzelnen Krankenkassen aufzuteilen.
- (3) Die Abrechnung der Ausgleichszahlungen erfolgt im Formblatt 3 quartalsversetzt im Vorgang 024 mit der Budgetkennung 2 im GKV-Konto 4000.
- (4) Sofern die auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallende MGV die Vergütung der definierten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung übersteigt, werden gemäß § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V i. V. m. Nr. 6 Ziffer 2 des Beschlusses des BA in seiner 653. Sitzung mit befreiender Wirkung aus der auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV zu zahlende Zuschläge vereinbart. Hierbei werden die zur Verfügung stehenden Mittel als floatende Zuschläge auf die relevanten Leistungen verteilt. Sofern die Regelung nach diesem Absatz Anwendung findet, erfolgt eine Information der KVT an die Krankenkassenverbände über die zur Verfügung stehenden Mittel und die Zuschlagshöhen für das jeweilige Quartal.
- (5) Die KVT informiert die Krankenkassen und zusätzlich die Krankenkassenverbände gemäß Nr. 7 des Beschlusses des BA in seiner 653. Sitzung über die erstmaligen Bestimmungen sowie die Fortschreibung der auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV sowie quartalsweise über die Ergebnisse der Ausschöpfung der auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV anhand der vom Institut des BA veröffentlichten Excel-Tabelle zur Abbildung des in diesem Beschluss aufgeführten Rechenweges.

§ 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 2024 erfolgt gemäß dem Beschluss des BA in seiner 660. Sitzung sowie etwaiger Folgebeschlüsse.
- (2) Gemäß dem Beschluss des BA in seiner 633. Sitzung wird für die Jahre 2022 und 2023 über den für das 4. Quartal 2022 und 1. Quartal 2023 festgelegten nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf aufgrund der außergewöhnlichen Belastung der ambulanten Versorgung durch akute Atemwegserkrankungen insbesondere bei Versicherten bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und der hiermit verbundenen zusätzlichen Inanspruchnahme insbesondere von Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten hinausgehend kein weiterer nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für die KVT ausgewiesen.

§ 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 (Anlage 2 Nr. 61) sowie der augenärztlichen Leistungen des Kapitels 6 EBM (Anlage 2 Nr. 95) erfolgt zunächst für 3 Jahre außerhalb der MGV.

Diese Regelungen sollen die Versorgung der Patienten in Thüringen in den Bereichen stabilisieren bzw. verbessern.

Die Auswirkungen der Finanzierung außerhalb der MGV auf die Versorgung werden die Vereinbarungspartner gemeinsam mit externer Unterstützung durch das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) im Vorfeld der Verhandlungen für das Jahr 2027 analysieren. Dabei ist sicherzustellen, dass bei der Evaluation den Krankenkassen keine Kosten durch das ZI entstehen.

§ 5

Anrechnung von Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen

Ausgaben der Krankenkassen für Kostenerstattungsleistungen nach den §§ 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 4,2252 Prozent unter Berücksichtigung der aktuell vorliegenden Versichertenzahlen je Krankenkasse.
- (2) Die Höhe der monatlichen Abschlagszahlungen auf die außerhalb der MGV zu zahlenden Leistungsanteile, Sachkosten und Leistungen nach den Versorgungsverträgen wird auf 30 Prozent des jeweiligen Vorjahresquartals (Leistungsbedarf lt. regionaler Euro-Gebührenordnung in Euro) festgelegt.
- (3) Für Krankenkassen, bei denen die Abforderung den Betrag von 2.000 Euro nicht übersteigt, erfolgt keine Abforderung von Abschlagszahlungen.

§ 7

Quartalsbezogene Endabrechnung

- (1) Durch die KVT erfolgt eine quartalsbezogene kassenindividuelle Endabrechnung für die tatsächlich erbrachten vertragsärztlichen Leistungen für bereichseigene und bereichsfremde Ärzte.
- (2) Durch die Krankenkassen zu viel geleistete Abschlagszahlungen sind den jeweiligen Krankenkassen innerhalb einer Frist von 10 Arbeitstagen zurückzuzahlen.
- (3) Die Restzahlungen sind innerhalb von 10 Tagen nach Eingang des Rechnungsbriefes zur quartalsbezogenen Endabrechnung unter Berücksichtigung der fristgemäß eingegangenen rechnungsbegründenden Unterlagen (Formblätter 3 für bereichseigene Ärzte, bereichsfremde Ärzte sowie bereichseigene und bereichsfremde Ärzte, DA-Einzelfallnachweise (EFN), DA-Nicht vertragskonforme Inanspruchnahme des Kollektivvertrages (NVI), Anlagen zu den Gut- und Lastschriften) bei den Krankenkassen von diesen zu begleichen. Im Rechnungsbrief hat der Ausweis der berechneten quartalsbezogenen MGV nach Teil 3, § 2 Abs. 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 9,25 Mio. € außerhalb der MGV zur Verfügung.
- (3) Sofern sich die Rahmenbedingungen für die Förderleistungen verändern, stimmen sich die Vereinbarungspartner zu den Auswirkungen ab.

§ 1 Förderungswürdige Leistungen und Leistungserbringer

- (1) Gemäß dem Beschluss des BA in seiner 456. Sitzung können die Gesamtvertragspartner gemeinsam und einheitlich die Förderung von Leistungen des EBM vereinbaren, soweit Veränderungen in Art oder Häufigkeit der Erbringung zu einer Verbesserung der Versorgung führen. Eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten nach diesem Beschluss liegt dann vor,
 - wenn im Sinne der Verbesserung der Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität der Behandlungserfolg gesteigert werden kann,
 - 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.

Darüber hinaus können die Gesamtvertragspartner die Förderung von Leistungen für förderungswürdige Leistungserbringer vereinbaren.

- (2) Für die nachstehenden förderungswürdigen Leistungen werden die zur Verfügung stehenden 9,25 Mio. € quartalsweise wie folgt aufgeteilt:

a) Besuche im Pflege-/Altenheim	Anlage 5a	500.000,00 €
b) Fachärztliche Delegation	Anlage 5b	75.000,00 €
c) Hausärzte – Ultraschalldiagnostik	Anlage 5c	193.750,00 €
d) Neurologische & psychiatrische Gespräche	Anlage 5d	525.000,00 €
e) Konventionelles Röntgen – Teilradiologen	Anlage 5e	250.000,00 €
f) Orthopädisch-rheumatologische Versorgung	Anlage 5f	18.750,00 €
g) Nichtärztliche Praxisassistenten	Anlage 5g	325.000,00 €
h) Neurologische Diagnostik	Anlage 5h	175.000,00 €
i) Osteodensitometrie	Anlage 5i	50.000,00 €
j) Besonders förderungswürdige Leistungserbringer in Regionen bei sich abzeichnenden Versorgungsmängeln	Anlage 5j	200.000,00 €
k) Besonders förderungswürdige Leistungserbringer in unterversorgten Regionen, in von Unterversorgung bedrohten Regionen und in Regionen mit lokalem Versorgungsbedarf	Anlage 5k	

- (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 5k zu verwenden.
- (6) Sofern im Abrechnungsquartal das Fördervolumen nach Abs. 2 insgesamt überschritten wird, erfolgt mit Ausnahme der Förderung nach Anlage 5b eine Quotierung der jeweiligen Punktwertzuschläge, wobei die Quotierungen individuell auf die jeweilige Förderung der einzelnen Anlagen erfolgen und eine doppelte Quotierung der Anlage 5j ausgeschlossen ist.
- (7) Sofern im Abrechnungsquartal nach Durchführung der Fördermaßnahmen nach den Abs. 2 und 5 das Fördervolumen nach Abs. 2 noch unterschritten wird, ist der Restbetrag grundsätzlich in das Folgequartal zu übertragen oder kann von der KVT zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des vertragsärztlichen Notdienstes gemäß § 105 Abs. 1b SGB V verwendet werden.

§ 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 die Krankenkassenverbände nach Abschluss eines Quartals über die Gesamtergebnisse der einzelnen Förderungen nach § 1 Abs. 2 inklusive etwaiger Verwendungen für die Förderungen der Sicherstellung des Notdienstes.

§ 3 Evaluation

Die Vereinbarungspartner legen gemäß Punkt 5. des BA-Beschlusses in seiner 456. Sitzung zum Zweck der regelmäßigen Überprüfung der förderungswürdigen Leistungen überprüfbare Ziele für die jeweiligen Fördermaßnahmen (in den Anlagen 5a bis 5k) fest. Die Details zur Umsetzung der Evaluation werden in den jeweiligen Anlagen geregelt.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den 29.11.2023

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.

Anlage 1 Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2024

Stand: 27. November 2023

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

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

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

[1]	basiswirksam vereinbarter und um die Selektivverträge bereinigter BB		
[2]	Erhöhung um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation Implantation einer Knieendoprothese (GOP 01645E) sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen EBM gem. BA-Beschluss in seiner 430. Sitzung		
[3]	Erhöhung um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom (GOP 01645D) sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen EBM gem. BA-Beschluss in seiner 430. Sitzung	ab 2/24	
[4]	Erhöhung um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation Eingriffe an der Wirbelsäule (GOP 01645F) sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen EBM gem. BA-Beschluss in seiner 430. Sitzung	ab 4/24	
[5]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Humangenetik des Abschnitts 19.4.2 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 448. Sitzung	bis 2/24	
[6]	Bereinigung der kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen nach Abschnitt 14.2 EBM sowie der GOP 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 652. und 682. Sitzung	für 1/24	
[7]	Bereinigung um die Leistungsmengen der augenärztlichen Leistungen nach Kap. 6 EBM, welche im Vorjahresquartal der MGV in Thüringen angehört		
[8]	Bereinigung um Differenzbereinigungsmenge ASV gem. BA-Beschluss in seiner 420. und 684. Sitzung		
[9]	Bereinigung um das Bereinigungsvolumen aufgrund Bereinigungsverzicht		
[10]	Bereinigung der TSVG-Konstellation offene Sprechstunde gem. BA-Beschluss in seiner 640. und 651. Sitzung		
[11]	festgestellter BB	$[11] = [1]+[2]+[3]+[4]+[5]-[6]-[7]-[8]-[9]-[10]$	
[12]	basiswirksame Anpassung des BB im Zusammenhang mit der Behebung des Kassenwechsellereffekts gem. BA-Beschluss in seiner 670. Sitzung (0,0648%)	$[12] = [11]*0,000648$	
[13]	angepasster BB	$[13] = [11]+[12]$	

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

[14]	abgerechneter LB in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals (incl. Korrekturen, aber ohne Berücksichtigung geschlossener KK)		
[15]	kassenspezifischer prozentualer Anteil	$[15] = [14]/\text{GKV}[14]$	

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

[16]	aufgeteilter BB	$[16] = \text{GKV}[13]*[15]$	
[17]	Erhöhung um das ermittelte und vorliegende vorauss. Bereinigungsvolumen aufgrund des Bereinigungsverzichts gem. BA-Beschluss in seiner 489. Sitzung		
[18]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal		

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

		Summe GKV	Summe VKNR
[19]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal		
[19a]	davon entfallene Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal je fusionierende Krankenkasse		
[20]	kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	$[20] = ([16]+[17])/[18]*[19]$	

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

[21]	kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	$[21] = [20]$	
[22]	zuzügl. Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 SGB V gem. BA-Beschluss in seiner 663. Sitzung (0,3752%)	$[22] = [28]*0,003752$	
[23]	zuzügl. aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmenge multipliziert mit der Differenz der Versichertenzahl vom Abrechnungs- zum Vorjahresquartal		
[24]	abzügl. Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge		
[25]	weiterentwickelter kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	$[25] = [21]+[22]+[23]-[24]$	

Berechnung der kassenspezifischen MGV

[26]	kassenspezifische MGV berechnet mit PW 11,9339 Cent	$[26] = [25]*0,119339$	
------	---	------------------------	--

Ermittlung der kassenspezifischen Anteile an den Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V (3.)

[27]	angepasstes Honorarvolumen in € für 2/22 gem. Nr. 4 BA-Beschluss in seiner 653. Sitzung		
[28]	abgerechneter Leistungsbedarf gem. reg. €-GO im aktuellen Abrechnungsquartal für Leistungen des Kap. 4 EBM, jedoch ohne NVI und ohne die Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM incl. Suffixe gem. BA-Beschluss in seiner 653. Sitzung		
[29]	Ausgleichsbetrag der Leistungsmengenanteile gem. Kap. 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM incl. Suffixe maßgeblichen Leistungsmengen gem. BA-Beschluss in seiner 653. Sitzung	$[29] = [28]-[27]$	

Legende:

[1]	basiswirksam vereinbarter und um die Selektivverträge bereinigter BB	BB_von KV (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM“); bei Verwendung von Korrekturwerten erfolgt im Vorfeld Abstimmung mit LV der KK
[2]	Erhöhung um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation Implantation einer Knieendoprothese (GOP 01645E) sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen EBM gem. BA-Beschluss in seiner 430. Sitzung	aufgrund der Wiederaufnahme der Leistungsmengen für die Indikation Implantation einer Knieendoprothese nach GOP 01645E sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen EBM wird der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM“) unter Anwendung der KV-spez. Abstufungsquote von eins erhöht
[3]	Erhöhung um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom (GOP 01645D) sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen EBM gem. BA-Beschluss in seiner 430. Sitzung	aufgrund der Wiederaufnahme der Leistungsmengen für die Indikation Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom nach GOP 01645D sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen EBM wird der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM“) unter Anwendung der KV-spez. Abstufungsquote von eins ab dem 2. Quartal 2024 erhöht
[4]	Erhöhung um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation Eingriffe an der Wirbelsäule (GOP 01645F) sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen EBM gem. BA-Beschluss in seiner 430. Sitzung	aufgrund der Wiederaufnahme der Leistungsmengen für die Indikation Eingriffe an der Wirbelsäule nach GOP 01645F sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen EBM wird der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM“) unter Anwendung der KV-spez. Abstufungsquote von eins ab dem 4. Quartal 2024 erhöht
[5]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Humangenetik des Abschnitts 19.4.2 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 448. Sitzung	aufgrund der Wiederaufnahme der Leistungsmengen der Humangenetik nach Abschnitt 19.4.2 EBM wird für das 1. und 2. Quartal 2024 der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM“) unter Anwendung der durchschnittlichen HVV-Quoten erhöht
[6]	Bereinigung der kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen nach Abschnitt 14.2 EBM sowie der GOP 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 652. und 682. Sitzung	aufgrund der Entbudgetierung der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin gem. § 87b Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V ab dem 2. Quartal 2023 erfolgt eine einmalige basiswirksame Bereinigung der Leistungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung, Gespräche, Beratungen, Erörterungen, Abklärungen, Anleitung von Bezugs- oder Kontaktpersonen, Betreuung sowie kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung oder in beschützenden Einrichtungen oder Heimen gem. Abschnitt 14.2 EBM sowie der GOP 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314 EBM, so dass der BB für das 1. Quartal 2024 um 5.947.984 Punkte bereinigt wird
[7]	Bereinigung um die Leistungsmengen der augenärztlichen Leistungen nach Kap. 6 EBM, welche im Vorjahresquartal der MGV in Thüringen angehört	aufgrund einer kv-spez. Einigung erfolgt die Bereinigung um die Leistungsmengen der augenärztlichen Leistungen nach Kap. 6 EBM des Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spez. Abstufungsquote
[8]	Bereinigung um Differenzbereinigungsmenge ASV gem. BA-Beschluss in seiner 420. und 684. Sitzung	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[9]	Bereinigung um das Bereinigungsvolumen aufgrund Bereinigungsverzicht	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[10]	Bereinigung der TSVG-Konstellation offene Sprechstunde gem. BA-Beschluss in seiner 640. und 651. Sitzung	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK auf der Grundlage der SA ANZVER_KM6_2022_U15 (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[14]	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)
[17]	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)
[18]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal	Vers_von KV (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_IK“); bei Verwendung von Korrekturwerten erfolgt im Vorfeld Abstimmung mit LV der KK
[19]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal	Versicherte, Wohnausländer und Betreute aus Satzart „ANZVER87a“
[19a]	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
[23]	zuzügl. aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmenge multipliziert mit der Differenz der Versichertenzahl vom Abrechnungs- zum Vorjahresquartal	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[24]	abzügl. Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[26]	kassenspezifische MGV berechnet mit PW 11,9339 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.
[27]	angepasstes Honorarvolumen in € für 2/22 gem. Nr. 4 BA-Beschluss in seiner 653. Sitzung	Honorarvolumen in € von KV (entspr. Satzart „ARZTRG87aKA_IK“ mit Datum 15.06.2023); bei Verwendung von Korrekturwerten erfolgt im Vorfeld Abstimmung mit LV der KK

Legende:

[28]	abgerechneter Leistungsbedarf gem. reg. €-GO im aktuellen Abrechnungsquartal für Leistungen des Kap. 4 EBM, jedoch ohne NVI und ohne die Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM incl. Suffixe gem. BA-Beschluss in seiner 653. Sitzung	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[29]	Ausgleichsbetrag der Leistungsmengenanteile gem. Kap. 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM incl. Suffixe maßgeblichen Leistungsmengen gem. BA-Beschluss in seiner 653. Sitzung	Hinweis: Sofern die auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallende MGV nicht ausreicht, erfolgen gemäß § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V Ausgleichszahlungen durch die Krankenkassen, welche im Formblatt 3 quartalsversetzt im Vorgang 024 mit der Budgetkennung 2 im GKV-Konto 4000 abgefordert werden.

- 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 2024

Stand: 06. Oktober 2023

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

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

[1]	Förderbetrag je Quartal GKV		2.312.500,00 €	
[2]	kassenspezifischer prozentualer Anteil (Verwendung aus der MGV-Berechnung)		100,00000%	
[3]	Förderbetrag nach kassenspezifischen prozentualen Anteil	[3] = GKV[1]*[2]	2.312.500,00 €	
[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]	2.312.500,00 €	

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 (ohne GOP 36371 bis 36373) 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 (ohne 31371 bis 31373) sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13424 und GOP 13431
3	Prävention	Abschnitte 1.7.1 (ohne GOP 01710), 1.7.2, 1.7.3 (ohne GOP 01759) und 1.7.4 sowie GOP 32880 bis 32882, 40850 und 40852
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 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 prozentigen Punktzahlvolumen der GOP im Formblatt 3 ausgewiesen.
7	Substitutionsbehandlung und Leistungen zur diamorphingestützten 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 „P“ oder „Q“) 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 und GOP 30133 und 30134
20	Kinderpneumologische Leistungen	Abschnitt 4.5.2
21	Nephrologie und Dialyse	Abschnitt 13.3.6 (ohne GOP 13594 bis 13598, 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 und 40585
33	Humangenetik	Abschnitt 19.4.4 sowie GOP 32865 und 32911
34	Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung gemäß § 118a SGB V	Abschnitt 30.13
35	Versorgung gemäß Anlage 27 BMV-Ä (kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in stationären Pflegeheimen) und Anlage 30 BMV-Ä (besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung)	Abschnitte 37.2 und 37.3
36	Delegationsfähige Leistungen	Abschnitt 38.3

37	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
38	Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der GOP 34291	GOP 40306
39	elektronischer Brief	GOP 86900 und 86901
40	Telekonsile Befundbeurteilungen Röntgen oder CT, Telekonsile sowie Beurteilung	Abschnitt 34.8 GOP 01670 bis 01672
41	Leistungen im Zusammenhang mit der kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM)	GOP 03355, 04590 und 13360
42	Videosprechstunde	GOP 01442, 01444 und 01450
43	Zweitmeinungsverfahren mit Ausnahme der Eingriffe Mandeloperationen (Tonsillektomie, Tonsillotomie), Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien), arthroskopischen Eingriffen an der Schulter, Implantation einer Knieendoprothese, Amputationen bei diabetischen Fußsyndrom (ab 01.04.2024) und Eingriffen an der Wirbelsäule (ab 01.10.2024)	GOP 01645 (mit Ausnahme 01645A, B, C, E sowie D (ab 01.04.2024) und F (ab 01.10.2024)) sowie Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM
44	Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	GOP 35151 und 35152
45	Epilation mittels Laser	GOP 02325 bis 02328
46	Verordnung von Cannabis	GOP 01626
47	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
48	Notfalldatenmanagement	GOP 01640 bis 01642
49	Verordnung Rehabilitation	GOP 01611
50	Hyperbare Sauerstofftherapie bei Diabetischem Fußsyndrom	GOP 30210, 30212, 30216 und 30218

51	FFR-Messung	GOP 34298 und 40301
52	Einrichtungsbefragung gemäß der DeQ-RL, Verfahren 2, Anlage II Buchstabe e	GOP 01650
53	Versorgungsplanung	GOP 37400
54	Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris	GOP 30440
55	Hornhauttomographie	GOP 06362
56	Kostenpauschale für Riboflavin	GOP 40681
57	Optische Kohärenztomographie (OCT)	GOP 06336 bis 06339
58	Kostenpauschale bei Liposuktion	GOP 40165
59	Biomarkerbasierte Tests bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom	GOP 08347, 13507, 19503 bis 19506
60	Nachweis oder Ausschluss von Mutationen in den BRCA1- und BRCA2-Genen in der Keimbahn gemäß Fachinformation	GOP 11601
61	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
62	Polysomnographie	GOP 30901
63	FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab	GOP 04538, 13678 und 40167
64	Untersuchung auf das Vorliegen einer Infektion mit dem beta-Coronavirus SARS-CoV-2	GOP 32779 und 32816
65	TSVG-Konstellationen	
65a	TSS-Termin- bzw. Akutfall Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 SGB V aufgrund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle	

- 65b Hausarzt-Vermittlungsfall
Leistungen im Behandlungsfall bei Weiterbehandlung eines Facharztes bzw. Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung (Voraussetzung zur Berechnung von GOP des Abschnitts 4.4 oder 4.5 EBM) aufgrund einer Terminvermittlung durch den Hausarzt bei einem aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermin gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 4 SGB V
- 65c 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
- 65d Zuschlag Hausarzt für Terminvermittlung beim Facharzt gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V
GOP 03008 und 04008
- 65e Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V, die innerhalb von offenen Sprechstunden der nach BMV-Ä definierten Fachgruppen erfolgen
- 66 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
- 67 Vakuumversiegelungstherapie von Wunden
GOP 02314, 40900 bis 40903
- 68 Bestimmung des DPD-Metabolisierungsstatus
GOP 32867
- 69 Postalische Versendung einer AU-Bescheinigung bzw. Bescheinigung nach Muster 21 bei Videosprechstunden
GOP 40128 und 40129
- 70 Tumortherapiefelder (TTF) zur Behandlung des Glioblastoms
Abschnitt 30.3.2
- 71 Zusatzpauschalen im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte (ePA)
GOP 01431, 01647 und 01648
- 72 Zusatzpauschalen im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsanwendungen
GOP 01471 bis 01476 sowie Pauschale 86700
- 73 Infusionstherapie
GOP 02102

74	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
75	LDR-Brachytherapie	GOP 25335 und 25336
76	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 (Zusatz „M“, „O“, „P“ und „Q“) sowie GOP 35173 bis 35179 und GOP 01410K und 01413K
77	Kardiorespiratorische Polygraphie im Rahmen einer Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene	GOP 30900U und 30901U
78	Zweitlinientherapie mittels Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe	GOP 30902 und 30905
79	Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln sowie unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels	GOP 01540 bis 01546 und 01549
80	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	GOP 03325, 03326, 04325, 04326, 13578, 13579, 13583 bis 13587 und 40910
81	Beratung zur Organ- und Gewebespende	GOP 01480
82	Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation	GOP 01613
83	Leistungen im Zusammenhang mit der Richtlinie über die Berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)	Abschnitt 37.5 GOP 22220 und 23220, wenn diese häufiger als 15-mal und bis zum gemäß EBM geltenden Höchstwert im Behandlungsfall im Zusammenhang mit Leistungen des Abschnitts 37.5 abgerechnet werden (Zusatz Großbuchstaben „M“, oder „Y“)
84	Untersuchung auf das Vorliegen der Allele UGT1A1*6 und UGT1A1*28	GOP 32868

85	Strahlentherapie	Kapitel 25 (mit Ausnahme der GOP 25215, 25228 bis 25230, 25335 und 25336)
86	Außerklinische Intensivpflege gemäß AKI-RL	Abschnitt 37.7 GOP 09315 und 13662, wenn diese im Zusammenhang mit der Durchführung einer Erhebung gemäß § 5 der AKI-RL abgerechnet werden
87	HIV-Präexpositionsprophylaxe	Abschnitt 1.7.8
88	Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA	GOP 32850
89	Nukleinsäurenachweis des Affenpockenerregers	GOP 32810
90	Kostenpauschale für Sachkosten im Zusammenhang mit der Hochfrequenzablation des Endometriums	GOP 40685
91	Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	Abschnitt 30.3.3
92	Kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen	Abschnitt 14.2 sowie GOP 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314 EBM
93	Feststellung der medizinischen Notwendigkeit einer Mitaufnahme einer Begleitperson im Vorfeld einer nicht geplanten Krankenhausbehandlung	GOP 01615
94	Mikrobiologische Diagnostik	GOP 32674 und 32820
95	Augenärztliche Versorgung	Kapitel 6

Für alle in dieser Anlage aufgeführten Leistungen finden die entsprechend relevanten Buchstabenzusätze und Höchstwertregelungen gemäß der Codiertabelle der KBV Anwendung. Zur Umsetzung der Codiervorgaben bei den schmerztherapeutischen Leistungen für ausschließlich schmerztherapeutisch tätige bereichseigene Ärzte (Nr. 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 35 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 €
Kosten für Prostaglandin (für Gynäkologie)	99273	8,33 €
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	97301	4,58 €
Entfernungsradius über 2 bis 5 km	97302	8,81 €
Entfernungsradius über 5 bis 10 km	97303	12,74 €
Entfernungsradius über 10 bis 15 km	97304	16,44 €
Entfernungsradius über 15 bis 20 km	97305	20,25 €
Entfernungsradius über 20 bis 25 km	97306	23,79 €
Entfernungsradius über 25 bis 30 km	97307	28,20 €
Entfernungsradius über 30 bis 35 km	97308	30,98 €
Entfernungsradius über 35 km	97309	35,60 €

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 Prozent 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 76 Prozent gestiegen (76.967 in 2009 auf 135.592 in 2019) und wird sich auch zukünftig weiter erhöhen. Die Anzahl der Thüringer Pflegeheime, in welchen rund 19 Prozent (Stand 2019) der Pflegebedürftigen vollstationär betreut werden, hat sich ebenso von 2007 bis 2019 von 304 auf 533 Einrichtungen (+ 75 Prozent) erhöht¹. Auch hier ist ein stetiger Zuwachs zu erwarten.

Die Nachfragen der Verantwortlichen von Pflegeheimen und Angehörigen bezüglich der Betreuung von Pflegeheimbewohnern sind seit vielen Jahren bekannt, 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 345.729 in 2021 gesunken. Zudem nimmt die Anzahl von Ärzten, die Hausbesuche durchführen, immer weiter ab. Im Rahmen der durchgeführten Evaluation zeigte sich, dass in 2019 eine Verbesserung der Pflegeheimversorgung durch die Förderung erkennbar war, da sowohl im haus- als auch fachärztlichen Bereich eine Steigerung der durchführenden Vertragsärzte verzeichnet werden konnte. Mit Ausbruch der Pandemie in 2020 wurde deutlich, dass die Pflegeheimversorgung nur noch eingeschränkt möglich war und aufgrund der hohen Belastung der Thüringer Haus- und Fachärzte seitdem auch nur bedingt möglich ist. Dies hat zur Folge, dass insbesondere bei multimorbiden und mobilitätseingeschränkten Patienten eine unregelmäßige oder fehlende Betreuung im Hausbesuch zu Zusatzkosten für Krankenhausbearbeitungen, Krankenfahrten, unnötigen Krankenhauseinweisungen und Rettungsdienstesätzen führen kann. Zudem kann ein Krankentransport aufgrund von Transportstrapazen eine Belastung für den Patienten darstellen.

Insgesamt bleibt festzustellen, dass sowohl die Fallzahlen als auch die Anzahl der erbringenden Ärzte im Jahr 2021 noch deutlicher als im Jahr 2020 unter denen des Jahres 2019 liegen. Um diesen Abwärtstrend zu stoppen, haben sich die Vertragspartner entschieden, diese Fördermaßnahme zu verlängern und somit die Versorgungssituation zu stabilisieren.

§ 2 Messbarkeit und Ziele der Förderung

- (1) Die Fortführung der Förderung der ärztlichen Besuche in Pflege- oder Altenheimen soll zu einer Stabilisierung der Arztzahlen (Ärzte, die Heimbefuche durchführen) sowie der Anzahl der durchgeführten Besuche in Pflege- oder Altenheimen führen.
- (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.

¹ Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, Analyse Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste und stationäre Pflegeeinrichtungen in Thüringen, Stand: 15.12.2019 – Bestell-Nr. 10 402

- (3) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2021 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
- a) Die Anzahl der Hausärzte, die Besuche in Pflege- oder Altenheimen durchführen, soll sich bei 1.181 stabilisieren.
 - b) Die Anzahl der Fachärzte, die Besuche in Pflege- oder Altenheimen durchführen, soll sich bei 280 stabilisieren.
 - c) Die Anzahl der durchgeführten Besuche in Pflege- oder Altenheimen im hausärztlichen Versorgungsbereich soll sich bei 253.168 stabilisieren.
 - d) Die Anzahl der durchgeführten Besuche in Pflege- oder Altenheimen im fachärztlichen Versorgungsbereich soll sich bei 92.561 stabilisieren.
- (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) Für die Förderung werden die Besuche in Pflege- und Altenheimen von den Thüringer Vertragsärzten mit dem Buchstabenzusatz „H“ gekennzeichnet. Besuche im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß Abschnitt 37.5 EBM (KSVPsych-RL) werden nach den Kodiervorgaben der KBV bundeseinheitlich mit dem Buchstaben „L“ gekennzeichnet. Für die Förderung erfolgt eine Umwandlung dieser Besuche von Buchstaben „L“ in „P“ durch die KVT. Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 20 € für jede abgerechnete GOP 01410H, 01410P, 01411H, 01411P, 01412H, 01412P, 01415 und 01415L. Die Kennzeichnung der Leistungen mit dem Buchstabenzusatz „P“ wird von der KVT umgesetzt.
- (2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „T“ gekennzeichnet und von der KVT 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 vier Abrechnungsquartalen, beginnend ab dem 1. Quartal 2023. Da diese Förderung in der Form bereits in den vergangenen Jahren erfolgte, betrachten die Vereinbarungspartner hier die weitere Entwicklung in Vorbereitung der Verhandlungen für das Jahr 2025.

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 Prozent 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 über 104.445 in 2018 auf nur noch 79.932 in 2021 gesunken¹. Zudem nimmt die Anzahl an 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 Evaluation der Förderung hat gezeigt, dass die Förderung Wirkung entfaltet. So ist die Häufigkeit von delegierten Leistungen von Chirurgen/Neurochirurgen, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, Dermatologen, Nervenärzten², Orthopäden/Unfallchirurgen, Pneumologen und Urologen von 5.552 MFA-Einsätzen in 2018 auf 8.868 Einsätze in 2021 gestiegen. Auch die Anzahl der erbringenden Ärzte hat sich von 37 in 2018 auf 50 Ärzte in 2021 erhöht. Die Vertragspartner haben sich darauf verständigt, die Förderung der Leistung im Interesse der kontinuierlichen und sich weiter verbessernden Versorgung im fachärztlichen Versorgungsbereich vorerst fortzuführen.

§ 2 Messbarkeit und Ziele der Förderung

- (1) Durch die Verbesserung der Patientenbetreuung 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 sollen 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

² Hierzu zählen Ärzte der folgenden Fachgruppen: Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie

von Chirurgen/Neurochirurgen, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, Dermatologen, Nervenärzten, 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, Nervenärzten, 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, Orthopäden/Unfallchirurgen, Pneumologen und Urologen.
- (2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „T“ gekennzeichnet und von der KVT 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 vier Abrechnungsquartalen, beginnend ab dem 1. Quartal 2023. Da diese Förderung in der Form bereits in den vergangenen Jahren erfolgte, betrachten die Vereinbarungspartner hier die weitere Entwicklung in Vorbereitung der Verhandlungen für das Jahr 2025.

Anlage 5c Förderung von Leistungen der hausärztlichen Ultraschalldiagnostik

§ 1 Versorgungssituation

Der Anteil von multimorbiden Patienten nimmt zu und wird aufgrund der demografischen Entwicklung auch weiterhin steigen. Ebenso nimmt der Anteil der mobilitätseingeschränkten Patienten (z. B. Pflegebedürftige) immer weiter zu. So weist Thüringen in 2020 einen um über 30 Prozent höheren Gesamtmorbiditätsindex gegenüber dem Bundesdurchschnitt auf. Dieser war sogar von 2018 mit 1,27 um 4 Prozentpunkte auf 1,31 in 2020 gestiegen.¹

Zugleich ist teilweise festzustellen, dass verschiedene diagnostische Möglichkeiten noch nicht von Hausärzten im vollen Umfang genutzt werden. Gerade einmal nur jeder zweite Thüringer Hausarzt erbringt gegenwärtig Sonographien. 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 Evaluation der Förderung hat gezeigt, dass die Förderung jedoch wirkt. Dies zeigt sich bei der Anzahl der erbringenden Ärzte, welche von 745 im Jahr 2018 auf 830 im Jahr 2021 gestiegen ist. Zugleich ist der Anteil der erbringenden Hausärzte von 46,0 Prozent auf 51,4 Prozent gestiegen. Um die flächendeckende Versorgung der Ultraschalldiagnostik durch Hausärzte weiter auszubauen, haben sich die Vereinbarungspartner darauf verständigt, die Förderung fortzuführen und zu modifizieren.

§ 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 und Anpassung der Förderung der Ultraschalldiagnostik im hausärztlichen Versorgungsbereich soll zu einer weiteren Steigerung 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 2021 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
 - a) Die Anzahl der erbrachten hausärztlichen sonographischen Leistungen erhöht sich von 152.256 auf 165.000.
 - b) Die Anzahl der Hausärzte, die sonographische Leistungen erbringen, erhöht sich von 830 auf 850.

¹ Morbiditäts- und Sozialatlas, bifg, <https://www.bifg.de/atlas>; Stand 19.10.2022

§ 3

Umsetzung und Laufzeit der Förderung

- (1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 5,00 € 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 KVT 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 vier Abrechnungsquartalen, beginnend ab dem 1. Quartal 2023. Da diese Förderung in der Form bereits in den vergangenen Jahren erfolgte, betrachten die Vereinbarungspartner hier die weitere Entwicklung in Vorbereitung der Verhandlungen für das Jahr 2025.

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 Prozent, Psychiater + 36 Prozent, ärztliche Psychotherapeuten/Psychosomatiker + 70 Prozent).

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.

Rund 20 Prozent der in 2021 angefragten und vermittelten Termine durch die TSS entfielen auf neurologische und psychiatrische Termine. Dabei war ein weiterer Anstieg gegenüber dem Vorjahr um 7,5 Prozent festzustellen, welcher verdeutlicht, dass die flächendeckende ambulante neurologische und psychiatrische Versorgung sichergestellt werden muss.

War in der Vergangenheit die Anzahl der erbringenden Ärzte annähernd konstant, zeigt nunmehr die Förderung ihre Wirkung. Seit 2018 ist die Anzahl der erbringenden Ärzte von 116 auf 123 in 2021 gestiegen. Auch die Anzahl der erbrachten Leistungen zeigt dabei einen positiven Trend mit einer Steigerung um rund 10 Prozent. Die Vereinbarungspartner gehen aufgrund der Auswirkungen der Corona-Pandemie davon aus, dass sich der Bedarf für diese Leistungen weiter erhöhen wird und mit einem Wegfall der Leistungsförderung ein sich abzeichnender Versorgungsmangel eintreten könnte.

§ 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 weiterhin 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 116.
 - b) Die Anzahl der erbrachten Gesprächsleistungen stabilisiert sich bei 457.636.

§ 3

Umsetzung und Laufzeit der Förderung

- (1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 2,50 € für jede abgerechnete GOP 16220, 21220, 22220, 22221 und 23220.
- (2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „T“ gekennzeichnet und von der KVT 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 vier Abrechnungsquartalen, beginnend ab dem 1. Quartal 2023. Da diese Förderung in der Form bereits in den vergangenen Jahren erfolgte, betrachten die Vereinbarungspartner hier die weitere Entwicklung in Vorbereitung der Verhandlungen für das Jahr 2025.

Anlage 5e 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 Chirurgen) und einem damit verbundenen Anstieg von Überweisungen von Patienten zum Radiologen. Dadurch verlängert sich die Behandlungsdauer des Patienten unnötig und er hat zusätzliche – vermeidbare – Wegstrecken zu bewerkstelligen.

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

So ist die Anzahl der durchgeführten teilradiologischen Leistungen dieser Fachgruppen seit 2018 von 388.248 auf 346.462 in 2021 (- 10,8 Prozent) gesunken. Ebenso hat sich die Anzahl der erbringenden Teilradiologen von 206 in 2018 auf 196 Ärzte in 2021 (- 4,6 Prozent) verringert. Die Vereinbarungspartner haben sich im Ergebnis der Evaluation darauf verständigt, die Förderung begrenzt auf die teilradiologisch tätigen Chirurgen/Neurochirurgen, Pneumologen und Orthopäden fortzuführen, um die wohnortnahe Angebotsstruktur zu stabilisieren.

§ 2 Messbarkeit und Ziele der Förderung

- (1) Mit der Förderung der Teilradiologen in den Fachgruppen Chirurgie/Neurochirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie und Pneumologie soll der negativen Entwicklung entgegengewirkt werden.
- (2) Die Fortführung und Anpassung der Förderung soll dazu beitragen, die wohnortnahe Angebotsstruktur zu stabilisieren und möglichst 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 2021 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
 - a) Die Anzahl der geförderten Teilradiologen soll sich bei 196 stabilisieren.
 - b) Die Anzahl der geförderten radiologischen Leistungen soll sich bei 346.462 stabilisieren.

§ 3

Umsetzung und Laufzeit der Förderung

- (1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 3,00 € für jede abgerechnete GOP 34210, 34211, 34220, 34221, 34222, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34237, 34238, 34240, 34241, 34243, 34245 und 34280, von teilradiologisch tätigen Chirurgen/Neurochirurgen, Pneumologen und Orthopäden.
- (2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „T“ gekennzeichnet und von der KVT 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 vier Abrechnungsquartalen, beginnend ab dem 1. Quartal 2023. Da diese Förderung in der Form bereits in den vergangenen Jahren erfolgte, betrachten die Vereinbarungspartner hier die weitere Entwicklung in Vorbereitung der Verhandlungen für das Jahr 2025.

Anlage 5f 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 Prozent 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 1.973 in 2021 (+ 8,2 Prozent). Ebenso hat sich durch die Förderung die Anzahl der erbringenden Orthopäden seit 2018 von 13 auf 15 erhöht. Die Evaluation der Förderung hat gezeigt, dass durch die Förderung positive Ergebnisse erzielt und der bestehende Versorgungsmangel reduziert werden konnte. Vor diesem Hintergrund verlängern die Vereinbarungspartner die Förderung und passen diese an, da nach ihrer Einschätzung die Notwendigkeit besteht, die Möglichkeiten im fachärztlichen Versorgungsbereich weiter auszubauen.

§ 2 Messbarkeit und Ziele der Förderung

- (1) Aufgrund der begrenzten Anzahl der Rheumatologen besteht nachweislich eine Versorgungsnotwendigkeit. Diese wird aufgrund 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 behandelten Patienten.
- (2) Die Fortführung und Anpassung der Förderung der orthopädisch-rheumatologischen Versorgung soll die Anzahl der erbringenden Ärzte sowie die Anzahl der durchgeführten rheumatologischen Behandlungen durch Orthopäden weiter 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 2021 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
- a) Die Anzahl der erbringenden Ärzte erhöht sich von 15 auf 20.
 - b) Die Anzahl der erbrachten Leistungen erhöht sich von 1.973 auf 2.000.

§ 3

Umsetzung und Laufzeit der Förderung

- (1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von
- a) 15 € für jede abgerechnete GOP 18320 sowie
 - b) 20 € für jede abgerechnete GOP 18700.
- (2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „T“ gekennzeichnet und von der KVT 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 vier Abrechnungsquartalen, beginnend ab dem 1. Quartal 2023. Da diese Förderung in der Form bereits in den vergangenen Jahren erfolgte, betrachten die Vereinbarungspartner hier die weitere Entwicklung in Vorbereitung der Verhandlungen für das Jahr 2025.

Anlage 5g Förderung von Leistungen der nichtärztlichen Praxisassistenten

§ 1 Versorgungssituation

Der stetig steigende Bevölkerungsanteil an 67-Jährigen und älter von 24 Prozent in 2021 zu 30 Prozent in 2050 in Thüringen¹ steht in Verbindung mit einer steigenden Multimorbidität (Anteil von DMP-Teilnehmern an der Gesamtbevölkerung in Thüringen 14 Prozent in 2018 zu 16 Prozent in 2021) und macht den Ausbau sowohl von Kapazitäten in den Sprechstunden als auch vom Angebot an Besuchen in der Häuslichkeit dringend notwendig.

Haus- und Facharztpraxen können nichtärztliche Praxisassistenten beschäftigen, die sie u. a. bei der Betreuung von chronisch kranken Patienten sowie Haus- und Heimbefuchen unterstützen. Vor allem „Chroniker“ benötigen eine regelmäßige Betreuung, welche teilweise durch nichtärztliche Praxisassistenten erbracht werden kann, um Kapazitäten in den Sprechstunden der Ärzte zu eröffnen.

Die Anzahl der durchgeführten Haus- und Heimbefuche durch nichtärztliche Praxisassistenten ist seit 2019 von 126.400 auf 116.241 in 2021 um 8 Prozent gesunken, wobei im gleichen Zeitraum die Anzahl der beschäftigten nichtärztlichen Praxisassistenten von 459 auf 476 gestiegen ist.

§ 2 Messbarkeit und Ziele der Förderung

- (1) Durch den Einsatz von nichtärztlichen Praxisassistenten soll „Arztzeit“ für die Versorgung von Patienten in der Sprechstunde gewonnen und die Versorgung von Patienten in der Häuslichkeit verbessert werden.
- (2) Die Förderung von Leistungen der nichtärztlichen Praxisassistenten soll den negativen Trend stoppen und zu einer Steigerung der Anzahl der Hausbesuche durch einen nichtärztlichen Praxisassistenten sowie der Anzahl der Hausärzte mit abgerechneten Einsätzen von nichtärztlichen Praxisassistenten führen.
- (3) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
 - a) die Entwicklung der Anzahl der Ärzte mit Hausbesuchen von nichtärztlichen Praxisassistenten sowie
 - b) die Entwicklung der Anzahl der Hausbesuche von nichtärztlichen Praxisassistenten.
- (4) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2021 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
 - a) Die Anzahl der Ärzte mit Hausbesuchen von nichtärztlichen Praxisassistenten erhöht sich von 505 auf 515.
 - b) Die Anzahl der Hausbesuche von nichtärztlichen Praxisassistenten erhöht sich von 116.241 auf 126.400.

§ 3 Umsetzung und Laufzeit der Förderung

- (1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 10 € für jede abgerechnete GOP 03062, 03063, 38200, 38202, 38205 und 38207.

¹ <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/bevoelkerung-alterstruktur-thueringen.html>

- (2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „T“ gekennzeichnet und von der KVT 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 vier Abrechnungsquartalen, beginnend ab dem 1. Quartal 2023. Da diese Förderung in der Form bereits in den vergangenen Jahren erfolgte, betrachten die Vereinbarungspartner hier die weitere Entwicklung in Vorbereitung der Verhandlungen für das Jahr 2025.

Anlage 5h Förderung von Leistungen der neurologischen Diagnostik

§ 1 Versorgungssituation

Die Elektromyographie (EMG) wird zur Detektion von Muskelerkrankungen sowie zur Abgrenzung von Nervenschäden (z. B. nach Trauma oder Nervenwurzelläsionen bei Bandscheibenvorfall) angewendet.

Da immer mehr Thüringer Patienten an Rückenerkrankungen leiden und die AU-Zeiten aufgrund eben dieser Diagnosen stetig zunehmen (bezogen auf die AU-Tage waren Muskel- und Skeletterkrankungen im Jahr 2021 in 19,9 Prozent der Fälle die häufigste Ursache für die Fehlzeit im Job¹), müssen die Leistungserbringer die Behandlungskapazitäten dem steigenden Bedarf anpassen, um einen Versorgungsmangel zu vermeiden.

Darüber hinaus werden in den neurologischen Praxen zunehmend Post-/Long-Covid-Patienten mit fraglichen Neuralgien nach einer Impfung oder Infektion vorstellig. Unter den vielfältigen oft sehr unspezifischen Symptomen ist diese technische medizinische Leistung eine der wenigen überhaupt, welche eine Schädigung des peripheren Nervensystems objektivieren kann.

Aufgrund der erhöhten Terminanfragen sind daher Wartezeiten von aktuell 3 bis 4 Monaten üblich.

§ 2 Messbarkeit und Ziele der Förderung

- (1) Durch die Förderung von elektromyographischen Untersuchungen soll die Anzahl der erbrachten Leistungen erhöht werden.
- (2) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere die Entwicklung der Anzahl der durchgeführten elektromyographischen Untersuchungen.
- (3) Zur Bewertung der Zielerreichung wird auf der Grundlage des Jahres 2021 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgender Zielparameter berücksichtigt:
Die Anzahl der geförderten Leistungen erhöht sich von 35.699 auf 37.500.

§ 3 Umsetzung und Laufzeit der Förderung

- (1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 15 € für jede abgerechnete GOP 16322.
- (2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „T“ gekennzeichnet und von der KVT 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 vier Abrechnungsquartalen, beginnend ab dem 1. Quartal 2023. Da diese Förderung in der Form bereits in den vergangenen Jahren erfolgte, betrachten die Vereinbarungspartner hier die weitere Entwicklung in Vorbereitung der Verhandlungen für das Jahr 2025.

¹ <https://www.aok.de/pk/cl/plus/inhalt/volkskrankheit-ruecken-am-15-maerz-ist-tag-der-rueckengesundheit/>

Anlage 5i Förderung der Osteodensitometrie

§ 1 Versorgungssituation

Osteoporose ist eine Volkskrankheit. In der Altersgruppe der über 65-Jährigen ist laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung jede vierte Frau von ihr betroffen. Doch auch unter Männern und in jüngeren Altersgruppen leiden Patienten unter der schleichenden Verschlechterung ihres Knochengewebes und der dadurch bedingten Neigung zu Knochenbrüchen. Insbesondere hochdosierte Cortisonbehandlungen und Vorerkrankungen wie Diabetes oder Rheuma erhöhen das Risiko. Darum ist eine rechtzeitige und zuverlässige Diagnosestellung notwendig, um die Therapiemöglichkeiten ausschöpfen zu können.

Vor dem Hintergrund des stetig steigenden Bevölkerungsanteils an 67-Jährigen und älter von 24 Prozent in 2021 zu 30 Prozent in 2050 in Thüringen¹ ist davon auszugehen, dass das vorhandene Leistungspotenzial ausgebaut werden muss, um dem steigenden Bedarf an ambulanten Untersuchungen gerecht zu werden.

Seit Jahren ist die Anzahl der erbringenden Ärzte annähernd konstant und schwankt zwischen 23 und 25 Ärzten. In 2021 erbrachten aber gerade einmal rund 10 Prozent der Thüringer Orthopäden die Osteodensitometrie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Insbesondere vor dem Hintergrund der alternden Thüringer Bevölkerung muss daher das Ziel sein, die Versorgungsstrukturen auszubauen und ein flächendeckendes Angebot zu schaffen.

§ 2 Messbarkeit und Ziele der Förderung

- (1) Die Förderung soll durch die Erhöhung der Anzahl der erbringenden Ärzte dazu beitragen, die wohnortnahe Angebotsstruktur zu verbessern.
- (2) Die Förderung der Osteodensitometrie soll die Anzahl der erbringenden Ärzte sowie die Anzahl der durchgeführten Osteodensitometrie, insbesondere durch Orthopäden, erhöhen.
- (3) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
 - a) die Entwicklung der Anzahl der Ärzte, die Osteodensitometrien erbringen sowie
 - b) die Entwicklung der Anzahl der durchgeführten Osteodensitometrien.
- (4) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2021 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
 - a) Die Anzahl der Ärzte, die Osteodensitometrien durchführen erhöht sich von 25 auf 30.
 - b) Die Anzahl der abgerechneten Osteodensitometrien erhöht sich von 5.714 auf 6.000.

§ 3 Umsetzung und Laufzeit der Förderung

- (1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 20 € für jede abgerechnete GOP 34600 und 34601.
- (2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „T“ gekennzeichnet und von der KVT umgesetzt.
- (3) Die Finanzierung der Förderung erfolgt außerhalb der MGV gemäß Teil 4.

¹ <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/bevoelkerung-alterstruktur-thueringen.html>

- (4) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von vier Abrechnungsquartalen, beginnend ab dem 1. Quartal 2023. Da diese Förderung in der Form bereits in den vergangenen Jahren erfolgte, betrachten die Vereinbarungspartner hier die weitere Entwicklung in Vorbereitung der Verhandlungen für das Jahr 2025.

Anlage 5j Förderung von Leistungserbringern bei sich abzeichnenden Versorgungsmängeln

§ 1 Versorgungssituation

Aufgrund des demografischen Wandels steigt in Thüringen weiterhin der Bedarf an medizinischer Versorgung. Bereits jetzt müssen Patienten zum Teil enorme Wartezeiten auf einen Behandlungstermin in Kauf nehmen. In bestimmten Regionen zeichnen sich zudem Versorgungsmängel in verschiedenen Fachgebieten ab. Offene Facharztsitze können schon über einen längeren Zeitraum nicht nachbesetzt werden. Zugleich wird die Altersstruktur bei den niedergelassenen und angestellten Vertragsärzten perspektivisch dazu führen, dass weitere Facharztstellen nicht nachbesetzt werden können.

Zur Schaffung von erweiterten Angebotsstrukturen und um den sich abzeichnenden Versorgungsmangel in bestimmten Regionen vorzubeugen, haben sich die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die KVT darauf verständigt, für nachfolgende Fachgruppen und Regionen neu zugelassene bzw. neu angestellte Fachärzte in nicht gesperrten Planungsbereichen zu fördern.

Fachgruppe	Planungsbereich	zu fördernde Regionen	Anzahl Stellen (bereits gefördert)
Dermatologen	Eichsfeld	GB Arenshausen GB Dingelstädt GB Heilbad Heiligenstadt GB Leinefelde-Worbis	1,0
Dermatologen	Gotha	GB Gotha GB Ohrdruf GB Waltershausen GB Tabarz	0,5
Dermatologen	Ilmkreis	GB Arnstadt GB Ilmenau	1,5
Dermatologen	Kyffhäuserkreis	GB Artern GB Sondershausen GB Bad Frankenhausen	0,5
Dermatologen	Saale-Orla-Kreis	GB Bad Lobenstein GB Neustadt GB Pößneck GB Schleiz	0,5
Dermatologen	Schmalkalden-Meiningen/Suhl	GB Schmalkalden GB Meiningen GB Suhl	1,0
Dermatologen	Sömmerda	GB Sömmerda GB Kölleda GB Buttstädt	1,5
Dermatologen	Unstrut-Hainich-Kreis	GB Mühlhausen GB Bad Tennstedt GB Bad Langensalza	1,5
Nervenärzte ¹	Eichsfeld	GB Arenshausen GB Dingelstädt GB Heilbad Heiligenstadt GB Leinefelde-Worbis	0,5

¹ Hierzu zählen Ärzte der folgenden Fachgruppen: Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie.

Fachgruppe	Planungsbereich	zu fördernde Regionen	Anzahl Stellen <small>(bereits gefördert)</small>
Nervenärzte	Hildburghausen	GB Hildburghausen GB Römhild GB Schleusingen GB Eisfeld	2,0
Nervenärzte	Kyffhäuserkreis	GB Artern GB Sondershausen GB Bad Frankenhausen	1,25 (0,75)
Nervenärzte	Saalfeld-Rudolstadt	GB Saalfeld-Rudolstadt- Bad Blankenburg GB Königsee	3,5
Nervenärzte	Schmalkalden-Meiningen/Suhl	GB Schmalkalden GB Meiningen GB Suhl	2,0
Nervenärzte	Sömmerda	GB Sömmerda GB Kölleda GB Buttstädt GB Gera-Aue	1,0 (1,0)
Nervenärzte	Unstrut-Hainich-Kreis	GB Mühlhausen GB Bad Tennstedt GB Bad Langensalza	0,5
Rheumatologen	Nordthüringen	GB Nordhausen GB Mühlhausen GB Bad Langensalza GB Sondershausen GB Heilbad Heiligenstadt GB Artern GB Bad Frankenhausen	1,5
Rheumatologen	Südwestthüringen	GB Eisenach GB Bad Salzungen GB Suhl GB Sonneberg GB Meiningen GB Schmalkalden GB Hildburghausen GB Römhild	1,0

§ 2

Messbarkeit und Ziele der Förderung

- (1) Die Förderung hat das Ziel, die sich abzeichnenden Versorgungsmängel zu verhindern und somit eine Stabilisierung und möglichst Verbesserung der wohnortnahen Versorgung durch Dermatologen, Nervenärzte, Kinder- und Jugendpsychiater sowie Rheumatologen in den jeweiligen Regionen zu erreichen.
- (2) Um die Stabilisierung bzw. 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 in den geförderten Regionen.
- (3) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2022 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
 - a) Die Anzahl der offenen Facharztstellen in den geförderten Regionen stabilisiert bzw. verringert sich.

- b) Die Anzahl der Behandlungsfälle in den Planungsbereichen der geförderten Regionen und betroffenen Fachgruppen stabilisiert bzw. erhöht sich.

§ 3

Umsetzung und Laufzeit der Förderung

- (1) Es erfolgt ein Punktwertzuschlag in Höhe von 2 Cent für alle EBM-Leistungen der kurativ-ambulanten Arzt- bzw. Behandlungsfälle der geförderten Fachärzte in den jeweiligen Regionen. Die Förderung eines Facharztes erfolgt dabei jeweils für 12 Quartale.
- (2) Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen aus der Förderung nach dieser Anlage zusammen mit der Vergütung der EBM-Leistungen nach den Thüringer Honorarverteilungsvorgaben die Vergütung nach der regionalen Euro-Gebührenordnung beim jeweiligen Facharzt übersteigt, erfolgt eine Quotierung des Punktwertzuschlages nach Abs. 1 für den betreffenden Facharzt bis zur Höhe der Vergütung nach der regionalen Euro-Gebührenordnung.
- (3) Die Förderung nach Abs. 1 erfolgt nur unter der Voraussetzung, dass zum Zeitpunkt der Zulassung bzw. der Anstellung des jeweiligen Facharztes eine Steigerung der Zahl der Fachärzte der jeweiligen Fachgruppe in der jeweiligen Region erfolgte.
- (4) Die Arzt- bzw. Behandlungsfälle der hier geförderten Fachärzte werden mit der Ziffer 99219 gekennzeichnet und von der KVT zugesetzt.
- (5) Die Finanzierung der Förderung erfolgt außerhalb der MGV entsprechend der Vorgaben gemäß Teil 4.
- (6) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt erstmals durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von acht Abrechnungsquartalen.

Anlage 5k 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 2023 Feststellungen nach § 100 Abs. 1 und 3 SGB V für nachfolgende Fachgruppen und Planungsbereiche in Thüringen getroffen.

Feststellung	Fachgruppe	Region*
Unterversorgung	Kinder- und Jugendpsychiater	PB Südwestthüringen
	Nervenärzte ¹	PB Saalfeld-Rudolstadt
Drohende Unterversorgung	Hausärzte	GB Gera-Land
		PB Schmölln/Gößnitz
		PB Sondershausen
		PB Suhl-Stadt
	Augenärzte	PB Saale-Orla-Kreis
	Nervenärzte ¹	PB Saalfeld-Rudolstadt
	Kinder- und Jugendpsychiater	PB Südwestthüringen
HNO-Ärzte	PB Saale-Orla-Kreis	
Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf	Hausärzte	GB Gräfenroda
		GB Geisa
		GB Bad Colberg-Heldburg
		GB Hörselberg-Hainich
		GB Treffurt/Amt Creuzberg
		GB Gera-Aue
		GB Römhild
	Augenärzte	MB Gotha
	Nervenärzte	MB Bad Langensalza
		MB Schmalkalden
	Hautärzte	MB Mühlhausen

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

Für das Jahr 2024 hat der Landesausschuss noch keine Feststellungen getroffen. Sobald der entsprechende Beschluss vorliegt, erfolgt eine Anpassung der Übersicht.

¹ Hierzu zählen Ärzte der folgenden Fachgruppen: Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie.

§ 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 wird auf der Grundlage des Jahres 2021 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgender Zielparameter berücksichtigt:
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 5 € 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 KVT 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 vier Abrechnungsquartalen, beginnend ab dem 1. Quartal 2023.