

1. Nachtrag

zur

Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2019

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, hier vertreten durch
Herrn Wolfgang Karger,
- 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

Mit dem 1. Nachtrag zur Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2019 setzen die Vereinbarungspartner u. a. die Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA) um, welche nach Abschluss dieser Vereinbarung wie folgt festgesetzt wurden.

Der BA hat in seiner 435. Sitzung, in seiner 439. Sitzung, in seiner 441. Sitzung, in seiner 444. Sitzung, in seiner 446. Sitzung, in seiner 449. Sitzung, in seiner 451. Sitzung, in seiner 452. Sitzung, in seiner 453. Sitzung sowie in seiner 454. Sitzung nachfolgende Beschlüsse gefasst:

- Mit Wirkung zum 1. Januar 2019 wurde eine basiswirksame Anpassung des Behandlungsbedarfs im Zusammenhang mit der Behebung des Kassenwechslereffekts beschlossen.
- Mit Wirkung zum 1. April 2019 wurde die Aufnahme von neuen Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 06362 (Hornhauttomographie) sowie 40681 (Kostenspauische für Riboflavin) in die Abschnitte 6.3 und 40.11 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sowie eine Bewertungserhöhung der GOP 06211 (augenärztliche Grundpauschale) beschlossen.
- Mit Wirkung zum 11. Mai 2019 bzw. 19. Juni 2019 wurden die Eckpunkte zur Änderung des EBM sowie zur extrabudgetären Vergütung aufgrund der Neuregelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) beschlossen.
- Mit Wirkung zum 1. Juli 2019 wurde die Aufnahme einer neuen Leistung nach der GOP 01516 (Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Fingolimod) in den Abschnitt 1.5 des EBM beschlossen.
- Mit Wirkung zum 1. Juli 2019 wurde die Aufnahme einer neuen Leistung nach der GOP 32818 (Genotypische HIV-Resistenztestung bei HIV-Infizierten) in den Abschnitt 32.3.12 des EBM beschlossen.
- Mit Wirkung zum 1. September 2019 wurde die Aufnahme von neuen Leistungen nach den GOP 01920 bis 01922 und 01930 bis 01936 (HIV-Präexpositionsprophylaxe) als Abschnitt 1.7.8 des EBM beschlossen.
- Mit Wirkung zum 1. September 2019 wurde die Aufnahme von neuen Leistungen nach den GOP 03008 und 04008 (Zuschlag Terminvermittlung vom Hausarzt beim Facharzt) in die Abschnitte 3.2.1.1 und 4.2.1 des EBM beschlossen.
- Mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 wurde die Aufnahme von neuen Leistungen nach den GOP 32362 und 32363 (Präeklampsiemarker) in den Abschnitt 32.3.4 des EBM beschlossen.
- Mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 wurde die Aufnahme einer neuen Leistung nach der GOP 32850 (Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA) in den Abschnitt 32.3.12 des EBM beschlossen.
- Mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 wurde die Aufnahme von neuen Leistungen nach den GOP 01442, 01444 und 01451 (Videosprechstunden) in den Abschnitt 1.4 des EBM beschlossen.
- Mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 wurde die Aufnahme von neuen Leistungen nach den GOP 06336 bis 06339 (Optische Kohärenztomographie (OCT)) in den Abschnitt 6.3 des EBM beschlossen.
- Mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 wurde die Aufnahme einer neuen Leistung nach der GOP 01514 (Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Vermanase alfa) in den Abschnitt 1.5 des EBM beschlossen.

In Umsetzung dessen schließen die Vereinbarungspartner folgenden 1. Nachtrag zur Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2019:

- I. In Teil 3 § 2 Abs. 2 Buchstabe a) wird mit Wirkung zum 1. April 2019 folgender Anstrich angefügt:
 - um den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 06211 ggf. einschließlich Suffices und Pseudoziffern gemäß dem Beschluss des BA in seiner 435. Sitzung am 29. März 2019;

der Erhöhungsbetrag ergibt sich aus der Multiplikation der Häufigkeit der entsprechenden GOP im jeweiligen Vorjahresquartal mit zwei Punkten (ab dem 2. Quartal 2019).

- II. In Teil 3 § 2 Abs. 2 wird Buchstabe b) mit Wirkung zum 1. Januar 2019 wie folgt geändert:
- a) Im achten Anstrich wird am Ende das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
 - b) Im neunten Anstrich wird am Ende der Punkt durch das Wort „und“ ersetzt.
 - c) Es wird folgender Anstrich angefügt:
 - um 5,5 Mio. Punkte gemäß Beschluss des BA in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019 für die Behebung des Kassenwechslereffekts (ab dem 1. Quartal 2019).
- III. In Teil 3 § 2 Abs. 2 wird Buchstabe f) mit Wirkung zum 11. Mai 2019 wie folgt geändert:
- a) Im ersten Anstrich wird am Ende das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
 - b) Im zweiten Anstrich wird am Ende der Punkt durch das Wort „und“ ersetzt.
 - c) Es wird folgender Anstrich angefügt:
 - um die Leistungsmengen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V (TSVG-Konstellationen) gemäß Teil C Schritt 6 des Beschlusses des BA in seiner 444. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), beginnend vom Tag des Inkrafttretens der jeweiligen TSVG-Konstellation bis zum Tag vor dem jeweiligen Inkrafttreten im Folgejahr.
- IV. In Teil 3 § 3 Abs. 6 wird mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 die Nummer 3 wie folgt neu gefasst:
- 3. 250.000 Euro für die Grundpauschalen (GOP 06210, 06211 und 06212) konservativ tätiger Augenärzte im Sinne der Regelung nach Nr. 6 der Präambel des Abschnitts 6.1 des EBM
- V. In Teil 3 § 3 Abs. 6 wird mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 folgender Satz angefügt:
- Der jeweilige Punktwertzuschlag ergibt sich aus dem jeweils zur Verfügung gestellten Vergütungsvolumen dividiert durch die Leistungsanforderungen je Quartal.
- VI. In Teil 3 § 3 wird mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 Abs. 6a aufgehoben.
- VII. In Teil 3 § 5 wird mit Wirkung zum 1. Januar 2019 folgender Absatz angefügt:
- (2) In Umsetzung der Protokollnotiz in Teil B des Beschlusses des BA in seiner 436. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) werden die Nachvergütungsbeträge für psychotherapeutische Leistungen ab dem 1. Quartal 2013 im Formblatt 3, Kontenart 996, Vorgang 14 ausgewiesen.

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

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

VIII. In Teil 3 § 8 wird mit Wirkung zum 1. Januar 2019 Abs. 5 wie folgt neu gefasst:

Für den Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V werden mit der quartalsbezogenen Endabrechnung für das 1. und 2. Quartal 2019 0,1 Prozent und ab dem 3. Quartal 2019 0,2 Prozent der zum Zeitpunkt der quartalsbezogenen Endabrechnung vorliegenden MGV über den Vorgang 059 abgefordert.

IX. In Teil 3 wird mit Wirkung zum 1. Januar 2019 folgender § 9 Honorarkürzungen nach §§ 95d und 291 Abs. 2b Satz 14 SGB V neu aufgenommen:

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

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

X. In der 2. Protokollnotiz wird der Abs. 3 ab dem 1. Januar 2019 wie folgt neu gefasst:

Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen sowie der vertraglich vereinbarten Linsenpreise erfolgt durch den Vertragsarzt über die KVT. Bei der Abrechnung sind die Leistungen und die Pseudo-GOP für die Linsen bis zum 30. September 2019 mit einem „S“ und ab dem 1. Oktober 2019 mit einem „L“ zu kennzeichnen.

XI. Die Anlage 1 (Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2019) wird mit Wirkung zum 1. Januar 2019 neu gefasst (siehe Anlage). In den Berechnungen zur Anlage 1 ist die Herleitung der Bereinigungsvolumen (die TSVG-Konstellationen, die Arztgruppenquoten und die Bereinigungsvolumen) darzustellen.

XII. In der Anlage 2 (Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung) wird im Abs. 1 die Nummer 46 neu gefasst

46	Videosprechstunden	GOP 01450 GOP 01442, 01444, 01451 (ab dem 4. Quartal 2019)
----	--------------------	---

und die nachfolgenden Nummern wie folgt ergänzt:

62	Hornhauttomographie	GOP 06362 (ab dem 2. Quartal 2019)
63	Kostenpauschale für Riboflavin	GOP 40681 (ab dem 2. Quartal 2019)

64	Genotypische HIV-Resistenztestung bei HIV-Infizierten	GOP 32818 (ab dem 3. Quartal 2019)
65	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Fingolimod	GOP 01516 (ab dem 3. Quartal 2019)
66	HIV-Präexpositionsprophylaxe	Abschnitt 1.7.8 (ab 1. September 2019)
67	Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA	GOP 32850 (ab dem 4. Quartal 2019)
68	Präeklampsiemarker	GOP 32362 und 32363 (ab dem 4. Quartal 2019)
69	Optische Kohärenztomographie (OCT)	GOP 06336 bis 06339 (ab dem 4. Quartal 2019)
70	Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Velmanase alfa	GOP 01514 (ab dem 4. Quartal 2019)
71	TSVG-Konstellationen	
71a	TSS-Terminfall Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 SGB V aufgrund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle (ab 11. Mai 2019)	
71b	Hausarzt-Vermittlungsfall Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 4 SGB V eines Facharztes bzw. Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung (Voraussetzung zur Berechnung von GOP des Abschnitts 4.4 oder 4.5 EBM) aufgrund einer Terminvermittlung durch den Hausarzt bei einem aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermin. Mit Inkrafttreten des § 17a Bundesmantelvertrag-Ärzte zum 06.08.2019 erfolgt die Vergütung außerhalb der MGV nur dann, wenn die Behandlung innerhalb von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungs-notwendigkeit erfolgt. (ab 11. Mai 2019)	
71c	Zuschläge auf die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V	GOP 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 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM (ab 1. September 2019)
71d	Zuschlag Hausarzt für Terminvermittlung beim Facharzt gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V	GOP 03008 und 04008 (ab 1. September 2019)

71e Leistungen für Neupatienten gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V (ab 1. September 2019)

71f Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V, die innerhalb von offenen Sprechstunden der nach BMV-Ä definierten Fachgruppen erfolgen (ab 1. September 2019)

XIII. In der Anlage 2a, Teil 2 (Zuschläge für EBM-Leistungen aus dem EGV-Förderfonds gemäß Teil 3, § 3 Abs. 6) wird mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 der letzte Anstrich wie folgt neu gefasst:

- konservative Augenheilkunde
Grundpauschalen (GOP 06210F, 06211F, 06212F) konservativ tätiger Augenärzte im Sinne der Regelung nach Nr. 6 der Präambel des Abschnitts 6.1 des EBM.

XIV. Aufgrund von Veränderungen in kassenartenindividuellen regionalen Sondervereinbarungen der AOK PLUS wird die Übersicht in der Anlage 3a wie folgt angepasst:

a) Mit Wirkung zum 1. April 2019 wird die Nr. 2.4 wie folgt angepasst:

2.4 Erweiterte Diabetes-Vorsorge im Zusammenhang mit dem gesetzlichen Check-up („Check-up PLUS“)

	Abr.-Nr.	Vergütung
1. Für Vertragsärzte gemäß § 3 Abs. 1 abrechenbare Pauschalen:		
Bestimmung des Tailenumfangs und Dokumentation im Check-up PLUS-Fragebogen inkl. Ermittlung des Gesamtpunktwertes des Fragebogens	99380	5,00 €
Empfehlung von Primärpräventionsprogrammen mittels Coupon (Check-up PLUS-Fragebogen)	99381	5,00 €
Durchführung des 75g oGTT-Testes (inkl. Sachkosten für 75g Glukose in ungelöster Substanz und Dokumentation der 3 Messwerte) ¹⁾ Die notwendigen Sachkosten sind mit dieser Vergütung abgegolten. Ein Bezug der Testsubstanz gemäß Sprechstundenbedarfsvereinbarung oder eine Verordnung zu Lasten der Versicherten ist nicht zulässig.	99382	16,35 €
2. Für Vertragsärzte gemäß § 3 Abs. 1 und 3 abrechenbare Pauschalen:		
Bestimmung des SKW/der GFR	99384	0,32 €
Laborbestimmung des Glukosewertes innerhalb des oGTT ¹⁾ (drei Tests à 0,25 €)	99385	0,75 €

¹⁾ Zu beachten sind die Abrechnungsausschlüsse sowie die Ausfüllhinweise bei Überweisungen.

b) Mit Wirkung zum 1. Juli 2019 wird die Nr. 2.5 (Vereinbarung zur Überweisungssteuerung) aufgehoben und die bisherige Nr. 2.6 wird die neue Nr. 2.5.

XV. In Anlage 5 wird mit Wirkung zum 11. Mai 2019 der Abs. 2 aufgehoben.

XVI. In der Anlage 6 (Besondere Begründung der Förderungswürdigkeit der Leistungen im Sinne von § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V) wird mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 die 12. Zeile wie folgt neu gefasst:

<p>06210, 06211, 06212, 06225</p>	<p>konservative Augenheilkunde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rückgang der konservativ tätigen Augenärzte oder Verlagerung zur operativen Tätigkeit - Sicherstellungsprobleme durch lange Wartezeiten, insbesondere in der konservativen Patientenbehandlung und teilweise Nachbehandlung bzw. bei Kontrolluntersuchungen nach ambulanten Operationen - Anstieg der Terminanfragen/vermittelten Termine in der Terminservicestelle für augenärztliche Termine im Zeitraum von Januar 2017 zu Dezember 2018 um 550 Prozent - Wartezeiten auf einen konservativen Behandlungstermin bei Augenärzten teilweise zwischen 9 und 12 Monaten - Anzahl der konservativen augenärztlichen Versorgung durch ausschließlich konservativ tätige Augenärzte seit 2012 von 830.718 auf 832.201 in 2018 gestiegen, wobei die konservative augenärztliche Behandlung durch alle Augenärzte im gleichen Zeitraum um 2,5 % (rd. 23.000 Fälle) zurückgegangen ist - Anzahl der ausschließlich konservativ tätigen Augenärzte grundsätzlich konstant seit 2012, wobei die Anzahl der operativ tätigen Augenärzte von 2012 bis 2018 um 15 % gestiegen ist - Verhältnis ausschließlich konservativ tätiger Augenärzte auf einen operativ tätigen Augenarzt ist seit 2014 von 1,28 auf 1,07 in 2018 gefallen 	<ul style="list-style-type: none"> - Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten Versorgung durch konservativ tätige Augenärzte - u. a. Schaffung zusätzlicher Kapazitäten für weitere Patienten und Verkürzung der Wartezeiten - Verringerung der Wartezeiten, was die Patientenzufriedenheit steigert
---	--	---	---

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den 13.12.2019

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

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

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

**- Anlage 1 -
Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie
der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
je Quartal 2019**



Stand: 26. November 2019

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

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

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

[1]	basiswirksam vereinbarter und um die Selektivverträge bereinigter BB			
[2]	Erhöhung aufgrund der Neubewertung der GOP 34600 (Osteodensitometrie) gem. BA-Beschluss in seiner 430. Sitzung			
[3]	Erhöhung aufgrund der Höherbewertung der GOP 03000 und GOP 04000 (Versichertenpauschalen ab Beginn des 76. Lebensjahres) gem. BA-Beschluss in seiner 430. Sitzung			
[4]	Erhöhung aufgrund der Höherbewertung der GOP 06211 gem. Erratum zum BA-Beschluss in seiner 435. Sitzung		ab 2/19	
[5]	<i>Ausgangsgröße für weitere Ermittlung der kassenspez. Anteile</i>	[5] = [1]+[2]+[3]+[4]		
[6]	Überführung der GOP 30800 in die MGV gem. EBA-Beschluss in seiner 45. Sitzung		bis 1/19	
[7]	Erhöhung um Volumen zum Einsatz von Diagnostika zur schnellen u. qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie gem. EBA-Beschluss in seiner 54. Sitzung		bis 2/19	
[8]	Erhöhung um Mehrbedarf für Mutter-/ Vater-Kind-Kuren gem. BA-Beschluss in seiner 417. Sitzung		bis 3/19	
[9]	Erhöhung aufgrund der Einführung der GOP 19317 in den EBM im Rahmen Mammographie-Screening gem. BA-Beschluss in seiner 423. Sitzung		bis 3/19	
[10]	Erhöhung der Leistungen für die palliativmedizinische Versorgung gem. BA-Beschluss in seiner 408. Sitzung		ab 4/19	
[11]	Erhöhung der Leistungen für die psychotherapeutischen Gespräche gem. BA-Beschluss in seiner 407. Sitzung			
[12]	Bereinigung der Leistungen zur Verordnung von Rehabilitation gem. BA-Beschluss in seiner 416. Sitzung		bis 1/19	
[13]	Differenzbereinigungsmenge ASV			
[14]	Bereinigungsvolumen aufgrund Bereinigungsverzicht			
[15]	basiswirksame Anpassung des BB im Zusammenhang mit der Behebung des Kassenwechslereffekts gem. BA-Beschluss in seiner 439. Sitzung			
[16]	angepasster BB	[16] = [5]+[6]+[7]+[8]+[9]+[10]+[11]-[12]-[13]-[14]+[15]		

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

[17]	abgerechneter LB in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals (incl. Korrekturen, aber ohne Berücksichtigung geschlossener KK)			
[18]	kassenspezifischer prozentualer Anteil	[18] = [17]/GKV[17]		

**- Anlage 1 -
Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie
der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
je Quartal 2019**



Stand: 26. November 2019

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

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

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

[19]	aufgeteilter BB	[19] = GKV[16]*[18]		
[20]	ermitteltes und vorliegendes vorauss. Reinigungsvolumen aufgrund des Bereinigungsverzichts			
[21]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal			
[22]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal			
[22a]	davon entfallene Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal je fusionierende Krankenkasse			
[23]	aufgrund der Höherbewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie hergeleiteter kassenspezifischer Bereinigungsbetrag			
[24]	bereinigungsrelevanter BB durch Inkrafttreten der Vergütungsregelungen des TSVG gem. BA-Beschluss in seiner 439. Sitzung ff.			ab 2/19
[25]	kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	$[25] = \frac{([19]+[20])}{[21]*[22]+[23]-[24]}$		

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

[26]	kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	[26] = [25]		
[27]	zuzügl. Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 SGB V (0,6337 %)	[27] = [26]*0,006337		
[28]	aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmenge multipliziert mit der Differenz der Versichertenzahl vom Abrechnungs- zum Vorjahresquartal			
[29]	Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge			
[30]	weiterentwickelter kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	[30] = [26]+[27]+[28]-[29]		
[31]	kassenspezifische MGW berechnet mit PW 10,8226 Cent	[31] = [30]*0,108226		

1. Nachtrag vom 13.12.2019 zur Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2019



Legende:

[1]	basiswirksam vereinbarter und um die Selektivverträge bereinigter BB	BB_von KV (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM“); bei Verwendung von Korrekturwerten erfolgt im Vorfeld Abstimmung mit LV der KK
[2]	Erhöhung aufgrund der Neubewertung der GOP 34600 (Osteodensitometrie) gem. BA-Beschluss in seiner 430. Sitzung	um den zu erwarteten Mehrbedarf für die Höherbewertung der GOP 34600 auszugleichen, wird je Quartal dem BB der Wert durch Multiplikation der Häufigkeit der GOP im jeweiligen Vorjahresquartal mit 107 Punkten hinzugefügt
[3]	Erhöhung aufgrund der Höherbewertung der GOP 03000 und GOP 04000 (Versichertenpauschalen ab Beginn des 76. Lebensjahres) gem. BA-Beschluss in seiner 430. Sitzung	um den zu erwarteten Mehrbedarf für die Höherbewertung der GOP 03000 und 04000 jeweils eingegrenzt auf die Altersklasse ab Beginn des 76. Lebensjahres (GOP 03005 und 04005) incl. Suffices auszugleichen, wird je Quartal dem BB der Wert durch Multiplikation der Häufigkeit der entsprechenden GOP im jeweiligen Vorjahresquartal gem. der ARZTRG87aKA_SUM mit 1 Punkt hinzugefügt
[4]	Erhöhung aufgrund der Höherbewertung der GOP 06211 gem. Erratum zum BA-Beschluss in seiner 435. Sitzung	um den zu erwarteten Mehrbedarf für die Höherbewertung der GOP 06211 incl. Suffices und Pseudoziffern auszugleichen, wird ab 2/19 dem BB der Wert durch Multiplikation der Häufigkeit der GOP im jeweiligen Vorjahresquartal mit 2 Punkten hinzugefügt
[6]	Überführung der GOP 30800 in die MGV gem. EBA-Beschluss in seiner 45. Sitzung	da für die GOP 30800 aus der Soziotherapie-Richtlinie keine weitere Entscheidung des BA für eine extrabudgetäre Vergütung bis zum 31.03.2018 erfolgte, wird der LB_von KV für diese GOP für 1/19 aus der Satzart „ARZTRG87aKA_IK“ in die MGV zurückgeführt (die KV-spez. Abstaffelungsquote wird auf eins gesetzt)
[7]	Erhöhung um Volumen zum Einsatz von Diagnostika zur schnellen u. qualitäts-gesicherten Antibiotikatherapie gem. EBA-Beschluss in seiner 54. Sitzung	für den Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie wird für den Mehrbedarf nach den GOP 32151, 32720 bis 32727, 32750, 32759 bis 32763, 32772 und 32773 EBM der BB je Quartal um 380.315 Punkte in 1/19 und 2/19 erhöht
[8]	Erhöhung um Mehrbedarf für Mutter-/ Vater-Kind-Kuren gem. BA-Beschluss in seiner 417. Sitzung	zur Finanzierung des Mehrbedarfs für Mutter-/ Vater-Kind-Kuren wird durch die Aufnahme der GOP 01624 für 1/19 bis 3/19 der BB je Quartal um 126.107 Punkte erhöht
[9]	Erhöhung aufgrund der Einführung der GOP 19317 in den EBM im Rahmen Mammographie-Screening gem. BA-Beschluss in seiner 423. Sitzung	zur Finanzierung des Mehrbedarfs für Grading und immunhistochemische Bestimmung des Rezeptorstatus im Mammographie-Screening wird durch die Aufnahme der GOP 19317 für 1/19 bis 3/19 der BB je Quartal um 48.706 Punkte erhöht
[10]	Erhöhung der Leistungen für die palliativmedizinische Versorgung gem. BA-Beschluss in seiner 408. Sitzung	LB_von KV (Summierung der GOP der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM aus Satzart „ARZTRG87aKA_IK“ von 4/18 als Grundlage für 4/19; die KV-spez. Abstaffelungsquote wird nicht auf eins gesetzt)
[11]	Erhöhung der Leistungen für die psychotherapeutischen Gespräche gem. BA-Beschluss in seiner 407. Sitzung	LB_von KV (Summierung der GOP 22220 und 23220 aus Satzart „ARZTRG87aKA_IK“ ab 1/18 als Grundlage für das jeweilige Abrechnungsquartal in '19; die KV-spez. Abstaffelungsquote wird nicht auf eins gesetzt)
[12]	Bereinigung der Leistungen zur Verordnung von Rehabilitation gem. BA-Beschluss in seiner 416. Sitzung	LB_von KV für 1/19 (Summierung der GOP 01611 EBM aus Satzart „ARZTRG87aKA_IK“)
[13]	Differenzbereinigungsmenge ASV	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[14]	Bereinigungsvolumen aufgrund Bereinigungsverzicht	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[15]	basiswirksame Anpassung des BB im Zusammenhang mit der Behebung des Kassenwechslereffekts gem. BA-Beschluss in seiner 439. Sitzung	zur Behebung des Kassenwechslereffekts wird der BB je Quartal mit – 5,5 Mio. Punkten berücksichtigt
[17]	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)
[20]	ermitteltes und vorliegendes voraus. Bereinigungsvolumen aufgrund des Bereinigungsverzichts	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[21]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal	Vers_von KV (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_IK“); bei Verwendung von Korrekturwerten erfolgt im Vorfeld Abstimmung mit LV der KK
[22]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal	Versicherte, Wohnausländer und Betreute aus Satzart „ANZVER87a“
[22a]	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]	aufgrund der Höherbewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie hergeleiteter kassenspezifischer Bereinigungsbetrag	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[24]	bereinigungsrelevanter BB durch Inkrafttreten der Vergütungsregelungen des TSVG gem. BA-Beschluss in seiner 439. Sitzung ff.	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[28]	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)
[29]	Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[31]	kassenspezifische MGV berechnet mit PW 10,8226 Cent	Hinweis: Wenn eine Fusion nicht voll umfänglich vollzogen wurde, dann bei der Berechnung der kassenspezifischen MGV den aufgeteilten BB (ist identisch für alle Fusionskassen) teilen durch die Summe der Versicherten aller Fusionskassen des entsprechenden Abrechnungsquartals und multiplizieren mit den Versicherten der jeweiligen Fusionskasse des entsprechenden Abrechnungsquartals unter Berücksichtigung weiterer Sachverhalte gem. den gültigen Beschlüssen. Anschließend sind die weiteren Berechnungsschritte analog der Vorgabe durchzuführen.

- gelb gekennzeichnete Flächen werden nicht mit Werten hinterlegt

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