

Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2018

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
vertreten durch die 1. Vorsitzende
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
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

1. Protokollnotiz - Grundsätze für das Verfahren der Benennungsherstellung
2. Protokollnotiz - Mehrkostenregelung gemäß § 33 Abs. 9 SGB V

Anlagen

- Anlage 1 Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2018
- Anlage 1a Berechnung des kassenspezifischen Anteils am EGV-Förderfonds je Quartal 2018 (Teile 1 und 2)
- Anlage 2 Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
- Anlage 2a Zuschläge für EBM-Leistungen aus dem EGV-Förderfonds (Teile 1 und 2)
- Anlage 3 Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen
- Anlagen 3a – f Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen
- Anlage 4 Sachkostenformular
- Anlage 5 Ergänzende Regelungen zur Transparenz des Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V
- Anlage 6 Besondere Begründung der Förderungswürdigkeit der Leistungen im Sinne von § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V

Teil 1 Allgemeine Grundsätze

Präambel

- (1) Auf der Basis der gesetzlichen Grundlagen sowie der tangierenden Beschlüsse/Empfehlungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses ((E)BA) vereinbaren die oben genannten Vereinbarungspartner (auf der Grundlage des geschlossenen Eckpunktepapiers in der Honorarverhandlung vom 10.01.2017) nachfolgende Vergütungsregelung für die vertragsärztliche Versorgung im Jahr 2018. Diese gemeinsam und einheitlich geschlossene Vereinbarung ersetzt die kassenverbandsspezifischen – zumeist als **Anlage 1** zu den Gesamtverträgen nach § 83 SGB V – Vergütungsregelungen.
- (2) Die Gesamtverträge nach § 83 SGB V sind gesondert anzupassen.

§ 1 Geltungsdauer

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2018 in Kraft und endet am 31.12.2018, ohne dass es einer Kündigung bedarf.
- (2) Die Kündigung eines kassenartenspezifischen Gesamtvertrages berührt die Weitergeltung dieser Vereinbarung nicht.

§ 2 Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

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

§ 3 Salvatorische Klausel

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

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 52. Sitzung am 19. September 2017 zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2018 festgelegten Orientierungswertes vereinbart.
- (2) Der regionale Punktwert beträgt demnach 10,6543 Cent.

§ 2

Regionale Euro-Gebührenordnung

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

§ 3

Bekanntmachung

Die KVT gibt die regionale Euro-Gebührenordnung öffentlich bekannt.

Teil 3

Berechnung der Gesamtvergütung in Thüringen

§ 1

Grundsätze

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

§ 2

Ermittlung der MGV

- (1) Rechtsgrundlage für die Ermittlung der MGV ist § 87a Abs. 3 i. V. m. Abs. 4 SGB V.
- (2) Die MGV je Krankenkasse wird gemäß Anlage 1 wie folgt ermittelt:
 - a) Grundlage der Vereinbarung der Behandlungsbedarfe sind die gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V vereinbarten und um selektivvertragliche Leistungen bereinigten Behandlungsbedarfe des Vorjahresquartals für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KVT. Hierfür sind die Daten der jeweils geltenden Beschlüsse des BA (KASSRG87aMGV_SUM) maßgebend. Dazu werden im Vorfeld die Versichertenzahlen sowie der Behandlungsbedarf quartalsweise bilateral zwischen der KVT und den Krankenkassenverbänden abgestimmt. Das Ergebnis der Abstimmung wird von der KVT für die Kassenart und kassenartenübergreifend zusammengefasst und den Krankenkassenverbänden mitgeteilt.

Im Zusammenhang mit der Umsetzung des Wohnortprinzips bei den Ersatzkassen erfolgt gemäß Beschluss des BA in seiner 403. Sitzung eine einmalige basiswirksame prozentuale Anpassung des Behandlungsbedarfs im Jahr 2018 in Höhe von -0,07 Prozent.

- b) Die ermittelte Ausgangsgröße des Behandlungsbedarfs nach Buchstabe a) wird für die weitere Ermittlung der kassenspezifischen Anteile wie folgt erhöht:
 - um die ermittelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie (gemäß Beschluss des EBA in seiner 43. Sitzung, geändert durch den Beschluss des BA in seiner 380. Sitzung) unter Berücksichtigung der Anpassungen der MGV vom Jahr 2015 zu 2017 in Höhe von 1,8332 Prozent für das Jahr 2016 sowie um 1,2122 Prozent für das Jahr 2017 sowie um die Veränderung der Versichertenanzahl zwischen dem entsprechenden Quartal des Jahres 2016 und dem jeweiligen Vorjahresquartal gemäß Beschluss des BA in seiner 383. Sitzung (Pkt. 2.2.1.1),
 - um die Leistungsmenge der Gebührenordnungsposition (GOP) 30800 des Vorjahresquartales aus ARZTRG87aKA_SUM unter Anwendung einer KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins gemäß dem Beschluss des EBA in seiner 45. Sitzung i. V. m. dem Beschluss des BA in seiner 416. Sitzung (ab dem 2. Quartal 2018),
 - um den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 09372 bis 09374 und 20372 bis 20374 gemäß dem Beschluss des BA in seiner 411. Sitzung; der Erhöhungsbetrag ergibt sich aus der Multiplikation der Bewertungserhöhung der entsprechenden GOP mit

der Häufigkeit der entsprechenden GOP im jeweiligen Vorjahresquartal sowie der KV-spezifischen Abstufungsquote,

- um 7.597.505,2326 Punkte je Quartal, die sich aus dem für den Bezirk der KVT aufgrund der Überführung der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den GOP 03060 bis 03065 EBM in die MGV gemäß Beschluss des BA in seiner 402. Sitzung vorgegebenen Betrag in Höhe von 809.461 Euro je Quartal unter Verwendung des regionalen Punktwertes von 10,6543 Cent ergeben,
- um 380.315 Punkte je Quartal für den für den Bezirk der KVT aufgrund der Einführung der GOP 32151, 32720 bis 32727, 32750, 32759 bis 32763, 32772 und 32773 in den EBM zum Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie und den damit innerhalb der MGV erwarteten Mehrbedarf gemäß Beschluss des EBA in seiner 54. Sitzung (ab dem 3. Quartal 2018) und
- um 126.107 Punkte je Quartal für den für den Bezirk der KVT aufgrund der Einführung der GOP 01624 in den EBM für eine Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter und den damit innerhalb der MGV erwarteten Mehrbedarf gemäß Beschluss des BA in seiner 417. Sitzung (ab dem 4. Quartal 2018)

sowie bereinigt:

- um die Leistungsmengen der GOP 32530 gemäß Beschluss des BA in seiner 402. Sitzung im Zusammenhang mit der Aufnahme von GOP zur HLA-Antikörperdiagnostik in den EBM,
- um die gemäß Beschluss des BA in seiner 407. Sitzung ermittelten Beträge für die Bereinigung der Leistungen für die psychotherapeutischen Gespräche GOP 22220 und 23220 (für das 1. Quartal 2018),
- um die gemäß Beschluss des BA in seiner 408. Sitzung ermittelten Beträge für die Bereinigung der Leistungen für die palliativmedizinische Versorgung der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 des EBM (für das 1. bis 3. Quartal 2018),
- um die gemäß Beschluss des BA in seiner 416. Sitzung ermittelten Beträge für die Bereinigung der Leistungen für die Verordnung von Rehabilitation GOP 01611 (ab dem 2. Quartal 2018),
- 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 zu bereinigen sind und
- um aller der für das jeweilige Vorjahresquartal aufgrund der Möglichkeit des Bereinigungsverzichts gemäß den jeweils geltenden Beschlüssen des BA für den Bezirk der KVT ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumen.

c) *Dies ergibt den angepassten Behandlungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals über alle Krankenkassen.*

d) 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.

- e) Der kassenspezifische Aufsatzwert je Abrechnungsquartal ergibt sich aus der Multiplikation des Behandlungsbedarfs gemäß Buchstabe c) und dem kassenspezifischen prozentualen Anteil gemäß Buchstabe d).

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

- f) Dieser kassenspezifische Aufsatzwert wird korrigiert:
- um die Veränderung der kassenspezifischen Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal gegenüber dem Vorjahresquartal und
 - um die gemäß Beschluss des BA in seiner 383. Sitzung (Pkt. 2.2.3) für das Jahr 2016 ermittelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie (gemäß Beschluss des EBA in seiner 43. Sitzung, geändert durch den Beschluss des BA in seiner 380. Sitzung), welche unter Berücksichtigung der Anpassungen der MGV vom Jahr 2015 zu 2017 in Höhe von 1,8332 Prozent für das Jahr 2016 sowie um 1,2122 Prozent für das Jahr 2017 und um die Veränderung der jeweils verwendeten Versichertenzahl zwischen dem entsprechenden Quartal des Jahres 2016 und dem jeweiligen Abrechnungsquartal fortzuentwickeln sind.
- g) *Hieraus ergibt sich der kassenspezifische Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs.*

- h) Der kassenspezifische Aufsatzwert *des bereinigten Behandlungsbedarfs* je Abrechnungsquartal wird um die Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V in Höhe von 0,6322 Prozent weiterentwickelt.

Die Steigerung wird zu dem kassenspezifischen Aufsatzwert *des bereinigten Behandlungsbedarfs* nach Buchstabe g) addiert.

- i) Zu dem kassenspezifischen Aufsatzwert *des bereinigten Behandlungsbedarfs* nach Buchstabe h) sind die für das aktuelle Abrechnungsquartal aktualisierten vertragsübergreifenden Gesamtbereinigungsmengen bei Selektivverträgen je Versicherten der Krankenkasse, multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenanzahl der Krankenkasse im Vorjahresquartal, zu addieren.
- j) Auf den kassenspezifischen Aufsatzwert *des bereinigten Behandlungsbedarfs* nach Buchstabe h) erfolgt für Neueinschreiber in und Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen sowie für Bestandsteilnehmer im Falle einer Änderung des Versorgungsumfanges des Selektivvertrages anschließend eine basiswirksame Differenzbereinigung im Abrechnungsquartal.
- k) *Daraus ergibt sich der weiterentwickelte kassenspezifische Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs für das jeweilige Abrechnungsquartal.*

- (3) Die kassenspezifische MGV je Quartal ergibt sich aus der Multiplikation des weiterentwickelten kassenspezifischen Aufsatzwertes des bereinigten Behandlungsbedarfs je Abrechnungsquartal mit dem regionalen Punktwert in Höhe von 10,6543 Cent.

- (4) Bei Fusionen von Krankenkassen mit Versicherten in Thüringen wird für die neue (fusionierte) Krankenkasse ein neuer nach Versichertenzahlen gewichteter kassen-spezifischer Aufsatzwert ermittelt.
- (5) Sofern Versicherte einer Krankenkasse ihren Wohnsitz im Ausland haben und diese in der Meldung der Versichertenzahlen enthalten sind, erfolgt die Abrechnung dieser Versicherten analog den übrigen Versicherten, d. h., dass in die Summe der Versicherten die Wohnausländer hinzuzurechnen sind.
- (6) Bei Krankenkassen, für die aus dem Jahr 2017 kein Leistungsbedarf und keine Versicherten zur Berechnung der MGV für das Jahr 2018 vorliegen und für die im Jahr 2018 erstmals Versicherte und Leistungsbedarf in Thüringen festgestellt werden, werden die vertragsärztlichen Leistungen, welche nach dieser Vereinbarung innerhalb der MGV zu vergüten sind, für einen Zeitraum von maximal 4 Quartalen mit dem nach dieser Vereinbarung geltenden Punktwert für Leistungen der MGV unter Anwendung der kassenartenindividuellen durchschnittlichen Abstufungsquote vergütet.

§ 2a

Förderungswürdige Leistungen innerhalb der MGV

- (1) Aufgrund der besonderen vertragsärztlichen Versorgungssituation werden folgende Leistungen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V aus der MGV gefördert:
 - augenärztliche Strukturpauschale (GOP 06225),
 - Leistungen der Pflegeheimversorgung (GOP 01410H, 01411H, 01412H, 01413H und 01415),
 - kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit neurologischer oder psychiatrischer Erkrankung in Heimen (GOP 16231 und 21231),
 - Versorgung von Patienten mit Harnableitungen in der häuslichen Pflege, in Heimen oder Wachkomaabteilungen (GOP 02321 bis 02323),
 - neurologisches Gespräch (GOP 16220),
 - psychiatrisches und kinder-/jugendpsychiatrisches Gespräch (GOP 21220 und 14220),
 - Polysomnographie (GOP 30901).
- (2) Die GOP gemäß Abs. 1 werden mit einem Punktwertzuschlag in Höhe von 1,41 Cent auf den regionalen Punktwert gemäß Teil 2, § 1 dieser Vereinbarung vergütet. Die jeweiligen Zuschläge sind mit dem Großbuchstaben „T“ zu kennzeichnen.
- (3) Finanzmittel in Höhe von 0,54 Prozent der MGV werden zweckgebunden zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung verwendet und sollen zu einer Verbesserung der Versorgung in diesem Versorgungsbereich beitragen. Die Förderung erfolgt in Form eines Punktwertzuschlages auf den regionalen Punktwert gemäß Teil 2, § 1 Abs. 2 für die Pauschalen fachärztliche Grundversorgung.

Hierunter zählen folgende Leistungen:

- Anästhesiologie (GOP 05220),
- Augenheilkunde (GOP 06220),
- Chirurgie (GOP 07220),
- Gynäkologie (GOP 08220),
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie (GOP 09220, 20220),
- Dermatologie (GOP 10220),
- Innere Medizin ohne Schwerpunkt (GOP 13220),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Angiologie (GOP 13294),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Endokrinologie (GOP 13344),

- Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie (GOP 13394),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie (GOP 13494),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Kardiologie (GOP 13543),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Nephrologie (GOP 13594),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Pneumologie (GOP 13644),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Rheumatologie (GOP 13694),
- Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie -psychotherapie (GOP 14214),
- Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie (GOP 16215, 21225, 21218),
- Orthopädie (GOP 18220),
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (GOP 22216),
- Psychotherapie (ärztliche und psychologische) sowie Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie (GOP 23216),
- Urologie (GOP 26220),
- Physikalische und Rehabilitative Medizin (GOP 27220).

Der Punktwertzuschlag ergibt sich quartalsweise aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen dividiert durch die Punktmengen aus den Leistungsanforderungen der Pauschalen fachärztliche Grundversorgung. Die jeweiligen Zuschläge sind mit dem Großbuchstaben „T“ zu kennzeichnen.

- (4) Neben dem Ausweis des Gesamtförderbetrages im Formblatt 3 im Vorgang 970 übermittelt die KVT für die unter Abs. 1 und 3 aufgeführten Leistungen quartalsweise je Krankenkasse die Höhe der jeweiligen Förderbeträge je Leistung.
- (5) Zur Transparenz der Wirkungen der zweckgebundenen Förderung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung gemäß Abs. 3, welche zur Verbesserung der fachärztlichen Grundversorgung beitragen soll, übermittelt die KVT den Krankenkassenverbänden quartalsweise über alle Kassenarten die Aufteilung des Vergütungsvolumens nach Abs. 3 sowie die Höhe des jeweiligen Punktwertzuschlages für die Pauschalen fachärztliche Grundversorgung. Dabei sind für die betroffenen Fachgruppen – jeweils durchschnittlich je Arzt – die Förderbeträge und die Honorare der vertragsärztlichen Tätigkeit darzustellen.
- (6) Die Begründung für die besonders förderungswürdigen Leistungen entsprechend des Beschlusses des BA in seiner 288. Sitzung ist in **Anlage 6** aufgeführt.

§ 2b

Förderungswürdige Leistungen außerhalb der MGV (EGV-Förderfonds)

- (1) Für das Jahr 2018 stellen die Krankenkassen einen EGV-Förderfonds in Höhe von insgesamt 2.953.674 Euro zur Verfügung. Der Betrag gemäß Satz 1 wird gleichmäßig auf die vier Quartale des Jahres 2018 aufgeteilt.

Die jeweiligen Quartalsbeträge werden bei der arztseitigen Abrechnung für die Zahlung von Punktwertzuschlägen für folgende Leistungen verwendet:

- zusätzliche Stützung bereits geförderter Gesprächsleistungen (GOP 14220, 16220 und 21220) unter Berücksichtigung der Förderung gemäß Teil 3, § 2a Abs. 1,
- Stützung weiterer Gesprächsleistungen:
 - o Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson(en) (GOP 14222),
 - o Psychosomatisches Gespräch (GOP 22221),
- Allergie-Diagnostik (GOP 30110, 30111, 30120, 30121 und 30123),
- Chronische Wunde (GOP 02311, 02312, 10330 und 10340),
- Chirurgie nach Hautkrebsscreening (GOP 10341, 10342, 10343 und 10344),

- Steuerung der weiterführenden Diagnostik/Therapie, insbesondere bei Hauttumoren (GOP 07345, 10345 und 15345),
- Leistungen der Sozialpädiatrie (GOP 04355),
- Osteodensitometrie (GOP 34600),
- zusätzliche Förderung konservativ tätiger Augenärzte in Form einer Aufstockung des Punktwertzuschlages für die augenärztliche Strukturpauschale GOP 06225 in Höhe von 0,19 Cent/Punkt (Differenzbetrag von 1,41 Cent auf 1,6 Cent).

Aufgrund der vom BA in seiner 407. Sitzung empfohlenen zeitlich befristeten Vergütung der GOP 22220 sowie 23220 außerhalb der MGV wird die Zahlung von Punktwertzuschlägen für die GOP 22220 und 23220 für den entsprechenden Zeitraum ausgesetzt.

- (2) Ergänzend zum EGV-Förderfonds nach Abs. 1 stellen die Krankenkassen für das Jahr 2018 einen weiteren EGV-Förderfonds in Höhe von insgesamt 3.000.000 Euro zur Verfügung. Der Betrag gemäß Satz 1 wird gleichmäßig auf die Quartale des Jahres 2018 aufgeteilt.

Die jeweiligen Quartalsbeträge verteilen sich in der arztseitigen Abrechnung wie folgt und werden für folgende Leistungen verwendet:

1. 250.000 Euro für Punktwertzuschläge für Leistungen
 - der Geriatrie (GOP 03362),
 - der Sozialpädiatrie (GOP 04355)
2. 250.000 Euro für Punktwertzuschläge für Leistungen
 - des konventionellen Röntgens (Kapitel 34.2 ohne 34.2.7 und 34.2.9 EBM),
 - der Radiosynoviorthese (GOP 17371 und 17373),
 - der orthopädisch-rheumatologischen Versorgung (GOP 18320 und 18700)
3. 250.000 Euro für konservative Augenheilkunde zur Erweiterung der Behandlungskapazitäten (Neupatientenmodell)

Aufgrund der vom BA in seiner 408. Sitzung empfohlenen zeitlich befristeten Vergütung der palliativmedizinischen Leistungen außerhalb der MGV wird die vereinbarte Zahlung von Punktwertzuschlägen für die GOP 03370 bis 03374 und 04370 bis 04374 für den entsprechenden Zeitraum ausgesetzt.

- (3) Die Förderung der konservativen Augenheilkunde nach Abs. 2 Nr. 3 wird wie folgt umgesetzt:
- a) Je konservativ behandelten Patienten erfolgt eine behandlungsfallbezogene Förderung in Höhe von 30,00 Euro (GOP 06225F Leistungslegende gemäß Anlage 2a, Teil 2) im Zusammenhang mit der Abrechnung der augenärztlichen Strukturpauschale GOP 06225, sofern dieser Patient in den letzten acht Quartalen in derselben Praxis nicht konservativ betreut wurde und folglich in diesem Zeitraum keine Abrechnung der augenärztlichen Strukturpauschale GOP 06225 durch die Praxis erfolgte.
 - b) Die Förderung nach Buchstabe a) erfolgt nur unter der Voraussetzung, dass die Praxis bereits seit acht Quartalen vertragsärztlich tätig ist sowie eine Steigerung der Zahl der konservativen Behandlungsfälle gegenüber dem Vorjahresquartal aufweist. Eine Auszahlung erfolgt maximal bis zur Fallzahlsteigerung gegenüber dem Vorjahresquartal.
 - c) Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen nach Abs. 2 Nr. 3 unterschritten wird, kann durch die KVT entweder die Höhe der Pauschale angepasst oder die Differenz für einen zusätzlichen Punktwertzuschlag für die augenärztliche Strukturpauschale GOP 06225 (GOP 06225P) verwendet werden.

Bei Überschreitungen des Vergütungsvolumens nach Abs. 2 Nr. 3 wird durch die KVT nach Vorlage der Abrechnungsergebnisse aus dem 3. und 4. Quartal 2017 die Höhe der Pauschale überprüft und ggf. angepasst.

- (4) Die GOP gemäß Abs. 1 und 2 erhalten einen Punktwertzuschlag auf den regionalen Punktwert gemäß Teil 2, § 1 dieser Vereinbarung. Die jeweiligen Zuschläge aus Abs. 1 sind mit dem Großbuchstaben „E“ und die Zuschläge aus Abs. 2 und Abs. 3 mit dem Großbuchstaben „F“ zu kennzeichnen.
- (5) Die kassenspezifischen Anteile je Quartal ergeben sich aus dem jeweiligen Anteil der Krankenkasse bei der Anteilsbildung im Zusammenhang mit den Berechnungen der Quartals-MGV aus dem kassenspezifischen prozentualen Anteil unter Berücksichtigung der Entwicklungen der Versichertenzahlen. Die Anteile berechnen sich für den EGV-Förderfonds nach Abs. 1 gemäß Anlage 1a, Teil 1 sowie für den EGV-Förderfonds nach Abs. 2 gemäß Anlage 1a, Teil 2.
- (6) Die durch die jeweiligen Krankenkassen zu zahlenden Beträge für die Anteile an den EGV-Förderfonds ergeben sich aus Abs. 5 in Verbindung mit den Anlagen 1a, Teile 1 und 2.

Sofern für die jeweilige Krankenkasse Abrechnungen für bereichseigene Ärzte für geförderte GOPs 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 für

- die Leistungen gemäß Abs. 1 im Vorgang 067,
- die Leistungen gemäß Abs. 2 Nr. 1 im Vorgang 068,
- die Leistungen gemäß Abs. 2 Nr. 2 im Vorgang 077 und
- die Förderung der konservativen Augenheilkunde gemäß Abs. 2 Nr. 3 im Vorgang 078.

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 je EGV-Förderfonds bereitgestellt.

- (7) Die Begründung für die besonders förderungswürdigen Leistungen entsprechend des Beschlusses des BA in seiner 288. Sitzung ist in Anlage 6 aufgeführt.

§ 3

Nicht vorhersehbarer morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf

- (1) Eine Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V für das Jahr 2018 erfolgt gemäß Beschluss des BA in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017.
- (2) Gemäß Beschluss des BA in seiner 402. Sitzung am 19. September 2017 ist festzustellen, dass sich für das Jahr 2015 ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für die KVT ergibt. Im Ergebnis der Berechnungen gemäß dem

Beschluss des BA ergibt sich ein einmaliger und nicht basiswirksamer Aufschlag in Höhe von 0,2667 Prozent auf den Behandlungsbedarf des 4. Quartals 2016 jeder Krankenkasse. In Summe ergibt sich danach für die KVT ein Betrag von 501.615,70 Euro. Die Abforderung erfolgt mit der nächstmöglichen quartalsbezogenen Endabrechnung über den Vorgang 053.

§ 4 Vergütung außerhalb der MGV

Die Leistungen der **Anlage 2** (Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung), **Anlage 3** (Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen) und der **Anlagen 3a – 3f** (Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen) werden außerhalb der MGV vergütet und bis zur Ebene 6 im Formblatt 3 ausgewiesen.

§ 5 Anrechnung von Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen

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

§ 6 Abschlagszahlungen

- (1) Vorbehaltlich der endgültigen Abrechnung leisten die Krankenkassen nach Anforderung durch die KVT bis zum zweiten Banktag (Wertstellung) des Folgemonats für den vorangegangenen Monat eine Abschlagszahlung in Höhe von 30 Prozent der vorläufigen MGV je Quartal des jeweiligen Vorjahresquartals zuzüglich 1,8122 Prozent unter Berücksichtigung der aktuell vorliegenden Versichertenzahlen je Krankenkasse.
- (2) Die Höhe der monatlichen Abschlagszahlungen auf die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu zahlenden Leistungsanteile und Sachkosten (inkl. auf kassenartenübergreifende oder kassenartenindividuelle regionale Vereinbarungen entfallende Honorierungen und Kostenerstattungen) wird auf 30 Prozent des jeweiligen Vorjahresquartals (Leistungsbedarf lt. regionaler Euro-Gebührenordnung in Euro) festgelegt.
- (3) Für Krankenkassen, bei denen die Abforderung den Betrag von 2.000 Euro nicht übersteigt, erfolgt keine Abforderung von Abschlagszahlungen.

§ 7 Quartalsbezogene Endabrechnung

- (1) Durch die KVT erfolgt eine quartalsbezogene kassenindividuelle Endabrechnung für die tatsächlich erbrachten vertragsärztlichen Leistungen für bereichseigene und bereichsfremde Ärzte.
- (2) Durch die Krankenkassen zu viel geleistete Abschlagszahlungen sind den jeweiligen Krankenkassen innerhalb einer Frist von 10 Arbeitstagen zurückzuzahlen.
- (3) Die Restzahlungen sind innerhalb von 10 Tagen nach Eingang des Rechnungsbriefes zur quartalsbezogenen Endabrechnung unter Berücksichtigung der fristgemäß

eingegangenen rechnungsbegründenden Unterlagen (Formblätter 3 für bereichseigene Ärzte, bereichsfremde Ärzte sowie bereichseigene und bereichsfremde Ärzte, DA-Einzelfallnachweise (EFN), DA-Nicht vertragskonforme Inanspruchnahme des Kollektivvertrages (NVI), Anlagen zu den Gut- und Lastschriften) bei den Krankenkassen von diesen zu begleichen. Im Rechnungsbrief hat der Ausweis der berechneten quartalsbezogenen MGV nach Teil 3, § 2 Abs. 3 zu erfolgen.

- (4) Für die Abrechnung der Leistungen gelten die jeweils aktuellen Formblatt 3-Inhaltsbeschreibungen.
- (5) Für den Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V werden mit der quartalsbezogenen Endabrechnung 0,1 Prozent der zum Zeitpunkt der quartalsbezogenen Endabrechnung vorliegenden MGV über den Vorgang 059 abgefordert.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den 23.07.2018

gez. Dr. med. Annette Rommel
1. Vorsitzende 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

1. Protokollnotiz

Grundsätze für das Verfahren der Benehmensherstellung

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

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

2. Protokollnotiz

Mehrkostenregelung gemäß § 33 Abs. 9 SGB V

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

Anlage 1 Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2018

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

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

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

[1]	basiswirksam vereinbarter und um die Selektivverträge bereinigter BB			
[2]	Anpassung BB aufgrund Einführung WOP EK			
[3]	Ausgangsgröße für weitere Ermittlung der kassenspez. Anteile	$[3] = [1]+[2]$		
[4]	weiterentwickelter Betrag aus der Höherbewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie			
[5]	Überführung der GOP 30800 in die MGV gem. EBA-Beschluss in seiner 45. Sitzung		ab 2/18	
[6]	Erhöhung um Mehrbedarf aufgrund Leistungsausweitung der Leistungen zur Hörgeräteversorgung gem. BA-Beschluss in seiner 411. Sitzung			
[7]	Eindeckelung der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen gem. BA-Beschluss in seiner 402. Sitzung			
[8]	Erhöhung um Volumen zum Einsatz von Diagnostika zur schnellen u. qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie gem. EBA-Beschluss in seiner 54. Sitzung		ab 3/18	
[9]	Erhöhung um Mehrbedarf für Mutter-/ Vater-Kind-Kuren gem. BA-Beschluss in seiner 417. Sitzung		ab 4/18	
[10]	Bereinigung der GOP 32530 EBM im Zusammenhang mit der Aufnahme von GOP zur HLA-Antikörperdiagnostik gem. BA-Beschluss in seiner 402. Sitzung			
[11]	Bereinigung der Leistungen für die psychotherapeutischen Gespräche gem. BA-Beschluss in seiner 407. Sitzung		bis 1/18	
[12]	Bereinigung der Leistungen für die palliativmedizinische Versorgung gem. BA-Beschluss in seiner 408. Sitzung		bis 3/18	
[13]	Bereinigung der Leistungen zur Verordnung von Rehabilitation gem. BA-Beschluss in seiner 416. Sitzung		ab 2/18	
[14]	Differenzbereinigungsmenge ASV			
[15]	Bereinigungsvolumen aufgrund Bereinigungsverzicht			
[16]	angepasster BB	$[16] = [3]+[4]+[5]+[6]+[7]+[8]+[9]-[10]-[11]-[12]-[13]-[14]-[15]$		

Berechnung des kassenspezifischen Anteils am vereinbarten, bereinigten BB im Vorjahresquartal

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

Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes des bereinigten BB im Abrechnungsquartal

[19]	aufgeteilter BB	$[19] = GKV[16]*[18]$		
[20]	ermitteltes und vorliegendes vorauss. Bereinigungsvolumen aufgrund des Bereinigungsverzichts			
[21]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal			
[22]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal			
[22a]	davon entfallene Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal je fusionierende Krankenkasse			
[23]	weiterentwickelter Betrag aus der Höherbewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie			
[24]	kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	$[24] = ([19]+[20])/([21]-[22]-[23])$		

Verwendung des kassenspezifischen Aufsatzwertes des bereinigten BB im Abrechnungsquartal

[25]	kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	$[25] = [24]$		
[26]	zuzügl. Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 SGB V (0,6322 %)	$[26] = [25]*0,006322$		
[27]	aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmenge multipliziert mit der Differenz der Versichertenzahl vom Abrechnungs- zum Vorjahresquartal			
[28]	Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge			
[29]	weiterentwickelter kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	$[29] = [25]+[26]+[27]-[28]$		
[30]	kassenspezifische MGV berechnet mit PW 10,6543 Cent	$[30] = [29]*0,106543$		

Anlage 1 zur Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2018

Legende:

[1]	basiswirksam vereinbarter und um die Selektiwerträge bereinigter BB	BB_von KV (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM“); bei Verwendung von Korrekturwerten erfolgt im Vorfeld Abstimmung mit LV der KK
[2]	Anpassung BB aufgrund Einführung WOP EK	für die einmalige basiswirksame Anpassung des BB in 2018 in Zusammenhang mit der Umstellung der Umsetzung des WOP bei den EK erfolgt die Anwendung der prozentualen Anpassung in Höhe von – 0,07% bei der Aufsatzwertbestimmung
[4]	weiterentwickelter Betrag aus der Höherbewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[5]	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 ab dem 2. Quartal 2018 aus der Satzart „ARZTRG87aKA_IK“ in die MGV zurückgeführt (die kv-spez. Abstaffelungsquote wird auf eins gesetzt)
[6]	Erhöhung um Mehrbedarf aufgrund Leistungsausweitung der Leistungen zur Hörgeräteversorgung gem. BA-Beschluss in seiner 411. Sitzung	LB_von KV (Multiplikation des jeweiligen Differenzbetrages der alten und neuen Bewertung der GOP 09372 bis 09374 und 20372 bis 20374 EBM mit der Häufigkeit der entspr. GOP des jeweiligen VJQ aus Satzart „ARZTRG87aKA_IK“ sowie der kv-spez. Abstaffelungsquote)
[7]	Eindeckelung der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen gem. BA-Beschluss in seiner 402. Sitzung	für die Überführung der Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den GOP 03060 bis 03065 EBM wird je Quartal 2018 der BB unter Verwendung des regionalen Punktwertes 2018 um 809.461 € erhöht
[8]	Erhöhung um Volumen zum Einsatz von Diagnostika zur schnellen u. qualitätsgesicherten 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 ab dem 3. Quartal 2018 der BB um 380.315 Punkte erhöht
[9]	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 ab dem 4. Quartal 2018 der BB um 126.107 Punkte erhöht
[10]	Bereinigung der GOP 32530 EBM im Zusammenhang mit der Aufnahme von GOP zur HLA-Antikörperdiagnostik gem. BA-Beschluss in seiner 402. Sitzung	LB_von KV (Summierung der GOP 32530 EBM aus Satzart „ARZTRG87aKA_IK“)
[11]	Bereinigung der Leistungen für die psychotherapeutischen Gespräche gem. BA-Beschluss in seiner 407. Sitzung	LB_von KV für das 1. Quartal 2018 (Summierung der GOP 22220 und 23220 aus Satzart „ARZTRG87aKA_IK“)
[12]	Bereinigung der Leistungen für die palliativmedizinische Versorgung gem. BA-Beschluss in seiner 408. Sitzung	LB_von KV bis zum 3. Quartal 2018 (Summierung der GOP der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM aus Satzart „ARZTRG87aKA_IK“)
[13]	Bereinigung der Leistungen zur Verordnung von Rehabilitation gem. BA-Beschluss in seiner 416. Sitzung	LB_von KV ab dem 2. Quartal 2018 (Summierung der GOP 01611 EBM aus Satzart „ARZTRG87aKA_IK“)
[14]	Differenzbereinigungsmenge ASV	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[15]	Bereinigungsvolumen aufgrund Bereinungsverzicht	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[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 Bereinungsverzichts	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]	weiterentwickelter Betrag aus der Höherbewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[27]	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)
[28]	Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektiwerträge	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[30]	kassenspezifische MGV berechnet mit PW 10,6543 Cent	Hinweis: Wenn eine Fusion nicht voll umfänglich vollzogen wurde, dann bei der Berechnung der kassenspezifischen MGV den aufgeteilten BB (ist identisch für alle Fusionskassen) teilen durch die Summe der Versicherten aller Fusionskassen des entsprechenden Abrechnungsquartals und multiplizieren mit den Versicherten der jeweiligen Fusionskasse des entsprechenden Abrechnungsquartals unter Berücksichtigung weiterer Sachverhalte gem. den gültigen Beschlüssen. Anschließend sind die weiteren Berechnungsschritte analog der Vorgabe durchzuführen.

- gelb gekennzeichnete Flächen werden nicht mit Werten hinterlegt

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

Anlage 1a, Teil 1 Berechnung des kassenspezifischen Anteils am EGV-Förderfonds je Quartal 2018

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

		Summe GKV	Summe VKNR
[1]	Förderbetrag je Quartal GKV	738.418,50 €	
[2]	kassenspezifischer prozentualer Anteil (Verwendung aus der MGV-Berechnung)	100,00000%	
[3]	Förderbetrag nach kassenspezifischen prozentualen Anteil	[3] = GKV[1]*[2] 738.418,50 €	
[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]	738.418,50 €

Anlage 1a, Teil 2 Berechnung des kassenspezifischen Anteils am EGV-Förderfonds je Quartal 2018

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

		Summe GKV	Summe VKNR
[1]	Förderbetrag je Quartal GKV	750.000,00 €	
[2]	kassenspezifischer prozentualer Anteil (Verwendung aus der MGVB-Berechnung)	100,00000%	
[3]	Förderbetrag nach kassenspezifischen prozentualen Anteil	750.000,00 €	
[3a]	Geriatric und Sozialpädiatrie	GKV[3a] = GKV[1]*1/3 VKNR[3a] = GKV[3a]*[2]	250.000,00 €
[3b]	konventionelles Röntgen, Radiosynoviorthese, orthopäd.-rheumatolog. Versorgung	GKV[3b] = GKV[1] * 1/3 VKNR[3b] = GKV[3b]*[2]	250.000,00 €
[3c]	konservative Augenheilkunde	GKV[3c] = GKV[1]*1/3 VKNR[3c] = GKV[3c]*[2]	250.000,00 €
[4]	Berücksichtigung der Entwicklung der Versichertenzahlen:		
[5]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal		
[6]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal		
[7]	Anwendung der Versichertenentwicklung auf Aufteilung	[7] = [7a]+[7b]+[7c]	
[7a]	Geriatric und Sozialpädiatrie	GKV[7a] = fester Wert je Quartal VKNR[7a] = [3a]/[5]*[6]	
[7b]	konventionelles Röntgen, Radiosynoviorthese, orthopäd.-rheumatolog. Versorgung	GKV[7b] = fester Wert je Quartal VKNR[7b] = [3b]/[5]*[6]	
[7c]	konservative Augenheilkunde	GKV[7c] = fester Wert je Quartal VKNR[7c] = [3c]/[5]*[6]	
[8]	prozentualer Anteil an der Versichertenentwicklung (neu)	VKNR[8] = [7]/GKV[7]	100,00000%
[9]	Anteil am festen Förderbetrag	[9] = [9a]+[9b]+[9c]	750.000,00 €
[9a]	Geriatric und Sozialpädiatrie	GKV[9a] = GKV[3a] VKNR[9a] = [8]*GKV[9a]	250.000,00 €
[9b]	konventionelles Röntgen, Radiosynoviorthese, orthopäd.-rheumatolog. Versorgung	GKV[9b] = GKV[3b] VKNR[9b] = [8]*GKV[9b]	250.000,00 €
[9c]	konservative Augenheilkunde	GKV[9c] = GKV[3c] VKNR[9c] = [8]*GKV[9c]	250.000,00 €

Anlage 2 Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

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

1	Belegärztliche Leistungen	Kapitel 36 sowie GOP 13311, 17370 und GOP 08410 bis 08416 bei belegärztlicher Erbringung sowie belegärztliche Begleitleistungen gemäß der Vereinbarung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit (belegärztliche Behandlung) in der jeweils gültigen Fassung
2	Ambulante Operationen	Kapitel 31 sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13431
3	Prävention	Abschnitte 1.7.1, 1.7.2 (sowie GOP 32880 bis 32882), 1.7.3 und GOP 40850, 40852 sowie 1.7.4
4	Durchführung von Vakuumstanzbiopsien	GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855
5	Strahlentherapie	Kapitel 25 und GOP 40840 und 40841
6	Phototherapeutische Keratektomie	GOP 31362, 31734, 31735 und 40680
7	Künstliche Befruchtung	<p>GOP 01510 bis 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08510, 08530, 08531, 08540 bis 08542, 08550 bis 08552, 08560, 08561, 08570 bis 08574, 11301, 11302, 11351, 11352, 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, 32576, 32614, 32618, 32660 und 32781</p> <p>Die Leistungen der künstlichen Befruchtung werden von der KVT mit „X“ gekennzeichnet. Die mit einem „X“ versehenen Leistungen werden mit dem 50%igen Punktzahlvolumen der GOP im Formblatt 3 ausgewiesen.</p>
8	Substitutionsbehandlung und Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger	Abschnitt 1.8
9	Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V	GOP 01425 und 01426

10	HLA-/HPA-Antikörperdiagnostik	GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943, 32948 und 32949
11	Leistungen im Rahmen der Versorgung von HIV-Infizierten	Abschnitt 30.10
12	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese/ Apherese bei rheumatoider Arthritis	GOP 13620 bis 13622
13	Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen	Abschnitt 32.2.8
14	Dialysesachkosten	Abschnitt 40.14
15	Balneophototherapie	GOP 10350
16	Varicella-Zoster-Virus Antikörper-Nachweis bei ungeklärter Immunitätslage im Rahmen der Empfängnisregelung	GOP 01833
17	Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikations-Therapie von Trägern mit MRSA	Abschnitt 30.12
18	Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen	Abschnitt 35.2 für alle Arztgruppen sowie GOP 35150 (Zusatz Großbuchstaben „P“, „Q“, „T“ oder „V“) für genannte Arztgruppen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V GOP 80542 und 80552 (Gruppentherapien mit nur 2 TN, die vor Einführung der neuen Psychotherapie-Richtlinie am 1. April 2017 beantragt wurden)
19	Schmerztherapeutische Leistungen für ausschließlich schmerztherapeutisch tätige bereichseigene Ärzte	Abschnitt 30.7 GOP 30700 (Zusatz Großbuchstaben „S“, „X“, „Y“ oder „Z“), GOP 30702, 30704, 30706 und 30708 (Zusatz Großbuchstabe „S“)
20	Narkosen bei zahnärztlichen Behandlungen bereichseigener Ärzte	GOP 01320, 05210, 05211, 05212, 05230, 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 (Zusatz Großbuchstaben „Z“, „Y“, „V“, „G“)
21	Leistungen der spezifischen Immuntherapie	GOP 30130 und 30131
22	Kinderpneumologische Leistungen	Abschnitt 4.5.2
23	Nephrologie und Dialyse	Abschnitt 13.3.6 (ohne GOP 13594, 13596, 13597, 13620 bis 13622)

24	Pädiatrische Nephrologie und Dialyse	Abschnitt 4.5.4 sowie die GOP 04000, 04040 und 04230, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnittes 4.5.4 abgerechnet werden
25	Neuropsychologische Therapie	Abschnitt 30.11
26	Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus (HIV-Resistenztestung)	GOP 32821 und 32822
27	Screening auf Gestationsdiabetes	GOP 01776, 01777 und 01812
28	Leistungen der rheumatologischen Versorgung	GOP 13700 und 13701
29	Osteodensitometrie	GOP 34601
30	Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	GOP 04528, 04529, 13425 und 13426
31	Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe	GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373, 36371 bis 36373
32	PFG-Zuschläge	GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222 und 27222
33	Zuschlag für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung	GOP 04356
34	Kosten, die im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung nach GOP 17372 bei der Verwendung von Radium-223-dichlorid entstehen	GOP 40582
35	PET und PET/CT	Abschnitt 34.7 sowie GOP 40584
36	Soziotherapie	GOP 30800 (bis 31.03.2018), 30810 und 30811
37	Humangenetik	GOP 11304, 11449 und 11514, GOP 19406 sowie Abschnitte 19.4.2 und 19.4.4 GOP 32865 und 32911
38	Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung gemäß § 118a SGB V	Abschnitt 30.13

39	Versorgung gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä (kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in stationären Pflegeheimen) und Anlage 30 zum BMV-Ä (besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung)	Abschnitt 37.2 und 37.3
40	Delegationsfähige Leistungen	Abschnitt 38.3
41	Medikationsplan	GOP 01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701
42	Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der GOP 34291	GOP 40306
43	Elektronischer Brief	GOP 86900 und 86901
44	Telekonsile	Abschnitt 34.8
45	Leistungen im Zusammenhang mit der kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM)	GOP 03355, 04590 und 13360
46	Videosprechstunde	GOP 01450
47	Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung	GOP 22220 und 23220
48	Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	GOP 35151 und 35152
49	Epilation mittels Laser	GOP 02325 bis 02328
50	Leistungen der palliativmedizinischen Versorgung	Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5
51	Verordnung von Cannabis	GOP 01460, 01461 und 01626
52	Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	GOP 08312, 08313, 26316, 26317 sowie 40161 sowie GOP 08311T, 26310T und 26311T, wenn in derselben Sitzung Leistungen der GOP 08312 oder 26316 erbracht werden
53	Notfalldatenmanagement	GOP 01640 bis 01642
54	Verordnung Rehabilitation	GOP 01611 (ab 01.04.2018)

Anlage 2a, Teil 1 – Zuschläge für EBM-Leistungen aus dem EGV-Förderfonds

- Gesprächsleistungen (14220E, 16220E und 21220E)
- Stützung weiterer Gesprächsleistungen
 - Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson(en) (14222E),
 - Psychosomatisches Gespräch (22221E),
- Allergiediagnostik (30110E, 30111E, 30120E, 30121E und 30123E)
- Chronische Wunde (02311E, 02312E, 10330E, 10340E)
- Chirurgie nach Hautkrebscreening (10341E, 10342E, 10343E, 10344E)
- Steuerung der weiterführenden Diagnostik/Therapie, insbesondere bei Hauttumoren (07345E, 10345E, 15345E)
- Leistung der Sozialpädiatrie (04355E)
- Osteodensitometrie (34600E)
- zusätzliche Förderung konservativ tätiger Augenärzte in Form einer Aufstockung des Punktwertzuschlages für die augenärztliche Strukturpauschale GOP 06225 in Höhe von 0,19 Cent/Punkt (Differenzbetrag von 1,41 Cent auf 1,6 Cent - 06225E).

Anlage 2a, Teil 2 – Zuschläge für EBM-Leistungen aus dem EGV-Förderfonds

- Leistung der Geriatrie (03362F)
- Leistung der Sozialpädiatrie (04355F)
- konventionelles Röntgen (Leistungen des Kapitels 34.2 ohne 34.2.7 und 34.2.9 EBM mit der Buchstabenkennzeichnung „F“)
- Radiosynoviorthese (17371F und 17373F)
- Leistung der orthopädisch-rheumatologischen Versorgung (18320F und 18700F)
- Förderung der konservativen Augenheilkunde – Neupatientenmodell mit nachfolgender Leistungslegende:
 - 06225F Zuschlag zu der GOP 06225 für die Förderung der Betreuung von neuen Patienten bei gleichzeitiger Erhöhung der Betreuungskapazität

einmal im Behandlungsfall je förderungswürdiger Neupatient 30,00 Euro
 - 06225P zusätzliche Förderung konservativ tätiger Augenärzte bei Unterschreitung des Fördervolumens nach Maßgabe der KVT in Form eines zusätzlichen Punktwertzuschlages für die augenärztliche Strukturpauschale GOP 06225

Anlage 3 Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen

	Abr.-Nr.	Pauschale
Aufwandspauschale für ambulante Behandlung von Wachkomapatienten je Behandlungsfall	99210	150,00 €
Belegärztliche Bereitschaftsdienstpauschale pro Patient/Pflegetag gemäß Belegarztvertrag	97200	3,10 €
Sachkosten Cergem (gültig bis 30.06.2016 bzw. so lange bis vorhandene Bestände aufgebraucht sind)	99250	52,87 €
Sachkosten Prostaglandin (für Gynäkologie)	99273	2,00 €
Sachkosten für Linsenimplantate bei Kataraktoperationen		
für PMMA-Linsen	99401	120,00 €
für Silicon-Implantate	99402	150,00 €
für Acryl-Implantate	99403	180,00 €
für Hyaluronsäure-Präparate	99404	40,00 €
für Methylzellulose-Präparate	99405	12,00 €
Sachkosten für LDL-Apherese	99700	1.022,58 €
Sachkosten für suprapubische Katheter	99920	22,00 €
Sachkosten für doppelumige Ovarial-Biopsienadeln	99921	55,10 €
Sachkosten für doppelumige Ovarial-Biopsienadeln für die Eizellenentnahme bei künstlichen Befruchtungen	99921X	27,55 €
Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der sozialpsychiatrischen Behandlung (Das Nähere regeln die Vereinbarungspartner in einer Ergänzungsvereinbarung.)	88895	
Onkologie-Vereinbarung		
Versorgungsebene Eins		
Behandlung florider Hämoblastosen	96500	16,55 €
Behandlung solider Tumore unter tumorspezifischer Therapie, Zusatzangaben erforderlich	96501	16,55 €
Intrakavitäre zytostatische Tumortherapie	96502	21,89 €
Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie	96507	11,21 €
Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie ab 2 Stunden	96508	27,76 €
Versorgungsebene Zwei		
Subkutane/intravasale zytostatische Tumortherapie, Zusatzangaben erforderlich	96503	175,10 €
Behandlung einer laboratoriumsmed. oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Systemerkrankung	96504	16,55 €
Orale zytostatische Chemotherapie,	96505	65,66 €

	Abr.-Nr.	Pauschale
Zusatzangaben erforderlich		
Gabe von Bluttransfusionen oder Gabe von Apheresethrombozytenkonzentraten	96506	43,78 €
Gabe von Poolthrombozytenkonzentraten	96506A	64,06 €
Palliativversorgung von Tumorpatienten	96509	175,10 €

Wegepauschalen

Entfernungsradius bis 2 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97301	3,60 €
Entfernungsradius über 2 bis 5 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97302	7,00 €
Entfernungsradius über 5 bis 10 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97303	10,20 €
Entfernungsradius über 10 bis 15 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97304	13,00 €
Entfernungsradius über 15 bis 20 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97305	16,00 €
Entfernungsradius über 20 bis 25 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97306	19,00 €
Entfernungsradius über 25 bis 30 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97307	22,00 €
Entfernungsradius über 30 bis 35 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97308	25,00 €
Entfernungsradius über 35 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97309	28,00 €
Entfernungsradius bis 2 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97321	8,60 €
Entfernungsradius über 2 bis 5 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97322	12,00 €
Entfernungsradius über 5 bis 10 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97323	15,20 €
Entfernungsradius über 10 bis 15 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97324	18,00 €
Entfernungsradius über 15 bis 20 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97325	21,00 €
Entfernungsradius über 20 bis 25 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97326	24,00 €
Entfernungsradius über 25 bis 30 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97327	27,00 €
Entfernungsradius über 30 bis 35 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97328	30,00 €
Entfernungsradius über 35 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97329	33,00 €

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

Sonderregelungen – Pauschalen für Notfallambulanzen

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

Die Vergütung der Impfleistungen gemäß § 20i i. V. m. § 132e Abs. 1 SGB V ist Bestandteil der aktuellen Impfvereinbarung.

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

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. Artikelnummer hervorgehen.
- (5) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 Prozent weiterzugeben.

- (6) Der Vertragsarzt bestätigt dies durch seine Unterschrift gegenüber der rechnungsbegleichenden Stelle.
- (7) Die Ausweisung der nach Abs. 1 abgerechneten Sachkosten erfolgt im Formblatt 3 unter Kontenart 400/Kapitel 87 – Zusatzleistungen/Abschnitt 1 - Kosten gemäß Allgemeiner Bestimmungen 7.3. Zusätzlich übermittelt die KVT für das jeweilige Quartal als rechnungsbegründende Unterlagen einzelfallbezogene Nachweise sowie die dazugehörigen Rechnungen (Einzelrechnung als Originalrechnung, Sammelrechnungen als Rechnungskopien).

**Anlage 3a
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen**

AOK PLUS

1. Leistungen, die nicht durch andere Vereinbarungen geregelt sind:

1.1 Arztanfragen der AOK PLUS

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

1.2 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der AOK PLUS abzurechnen.

2. Leistungen, die in anderen Verträgen/Vereinbarungen geregelt sind:

Bei den unter 2. aufgeführten Leistungen handelt es sich lediglich um eine vervollständigende Aufstellung. Die vertraglichen Grundlagen bilden die jeweiligen Vereinbarungen (z. B. Laufzeiten und Vergütungshöhen) und bleiben von dieser Aufstellung unberührt.

2.1 Hautscreening – gültig ab 01.10.2013

2.1.1 Für Versicherte ab dem Alter von 14 Jahren bis zum Alter von 34 Jahren

	Abr.-Nr.	Vergütung
Kostenpauschale für die Hautkrebsvorsorge	99191	26,00 €
Kostenpauschale für eine ggf. erforderliche Auflichtmikroskopie , sofern diese in derselben Behandlung wie die Abrechnungsnummer 99191 erbracht wurde	99191A	7,00 €

2.1.2 Für Versicherte ab dem Alter von 35 Jahren

	Abr.-Nr.	Vergütung
Kostenpauschale für eine ggf. erforderliche Auflichtmikroskopie , sofern diese in derselben Behandlung wie eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß der GOP 01745 EBM erbracht wurde	99191B	7,00 €

2.2 Information über Sekundärprävention gemäß Vertrag

– Ärztliche Beratung, Information und Befürwortung der Maßnahme

	Abr.-Nr.	Vergütung
Programm „Herz-Kreislauf“	99008H	4,50 €
Programm „Rücken“	99008R	4,50 €
Programm „Leichter und aktiver leben (Bewegung)“	99008M	4,50 €
Programm „Ernährungsberatung“	99008E	4,50 €

– Abschlussuntersuchung des Arztes

	Abr.-Nr.	Vergütung
Programm „Herz-Kreislauf“	99006H	10,50 €
Programm „Rücken“	99006R	10,50 €
Programm „Leichter und aktiver leben (Bewegung)“	99006M	10,50 €
Programm „Ernährungsberatung“	99006E	10,50 €

2.3 Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (U10, U11, J2) gemäß Vertrag

	Abr.-Nr.	Vergütung
Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U10	99041	53,00 €
Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U11	99042	53,00 €
Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der J2	99043	53,00 €

2.4 Erweiterte Diabetes-Vorsorge im Zusammenhang mit dem gesetzlichen Check-up 35 („Check-up PLUS“) – gültig ab 01.11.2013

	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	4,50 €
Empfehlung Primärpräventionsangebote mittels Abrissgutschein Check-up-PLUS-Fragebogen	99381	4,50 €
Durchführung 75 g oGTT (inkl. Sachkosten für 75 g 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 €
Die Prämienzahlung erfolgt, wenn das Primärpräventionsangebot empfohlen wurde und der Versicherte sich bei der AOK PLUS einen Kursgutschein abholt. Durch den Arzt ist keine Abrechnung erforderlich. Die KVT setzt anhand der Datenlieferung durch die AOK PLUS diese Abr.-Nr. automatisch zu. Die Vergütung wird mit der nächstmöglichen Quartalsabrechnung gezahlt.	99383	5,50 €
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 EUR)	99385	0,75 €

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

2.5 Vereinbarung zur Überweisungssteuerung – gültig ab 01.01.2015

	Abr.-Nr.	Vergütung
Kategorie A		
Überweisender Arzt	99997A	6,00 €
- Diagnostik und/oder Behandlung und/oder Abklärung der Notwendigkeit einer stationären Einweisung mit der Zielstellung, dass spätestens am nächsten Werktag die Überweisungsleistung (§ 24 Abs. 7 BMV-Ä) erbracht wird (inkl. Anamnese, Diagnose, Befundbericht und Fragestellung) - Terminvereinbarung beim Facharzt/spezialisierten Arzt		
Übernehmender Arzt	99998A	16,00 €
Terminvergabe, Diagnostik und/oder Behandlung und Befunddokumentation durch den auf Überweisung tätig werdenden Arzt spätestens am nächsten Werktag		
Kategorie B		
Überweisender Arzt	99997B	5,00 €
- Diagnostik und/oder Behandlung und/oder Abklärung der Notwendigkeit einer stationären Einweisung mit der Zielstellung, dass innerhalb 1 Woche (7 Tage) die Überweisungsleistung (§ 24 Abs. 7 BMV-Ä) erbracht wird (inkl. Anamnese, Diagnose, Befundbericht und Fragestellung) - Terminvereinbarung beim Facharzt/spezialisierten Arzt		
Übernehmender Arzt	99998B	12,00 €
Terminvergabe, Diagnostik und/oder Behandlung und Befunddokumentation durch den auf Überweisung tätig werdenden Arzt innerhalb von 1 Woche (7 Tage)		

2.6 TeleArzt-Vertrag – gültig ab 01.04.2018

	Abr.-Nr.	Vergütung
Leistungspauschale „Telemedizin“	99363	15,00 €
Vorhalten und Verwendung der telemedizinischen Ausstattung im Rahmen eines Hausbesuches durch eine Tele-Assistenz.		
Qualitätszuschlag „Videotelefonie“	99364	8,00 €
Telemedizinische Einbindung des Hausarztes während des Besuchs der Tele-Assistenz bei Bedarf zur Überwachung der Behandlung und ggf. Kommunikation mit dem Versicherten.		
Qualitätszuschlag „Sturzrisikoanalyse“	99365	13,00 €
Durchführung einer Sturzrisikoanalyse im Rahmen des Hausbesuchs durch die Tele-Assistenz gemäß § 7 Abs. 4 des Vertrages.		
Qualitätszuschlag „Gesundheitsbefragung“	99366	10,00 €
Durchführung einer Gesundheitsbefragung im Rahmen des Hausbesuchs durch die Tele-Assistenz gemäß § 7 Abs. 5 des Vertrages.		
Qualitätszuschlag „Wundanalyse“	99367	13,00 €
Durchführung einer Wundanalyse im Rahmen des Hausbesuchs durch die Tele-Assistenz gemäß § 7 Abs. 6 des Vertrages.		

Anlage 3b
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

BKK Landesverband Mitte, Regionalvertretung Thüringen und Sachsen
--

1. Leistungen, die nicht durch andere Vereinbarungen geregelt sind:

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen BKK abzurechnen.

Anlage 3c
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

IKK classic

1. Leistungen, die nicht durch andere Vereinbarungen geregelt sind:

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen IKK abzurechnen.

1.2 Schulung von Diabetikern außerhalb des DMP

	Abr.-Nr.	Vergütung
Schulung der Diabetiker	97215	6,14 €
Schulungsmaterial	98015	9,40 €

2. Leistungen, die in anderen Verträgen/Vereinbarungen geregelt sind:

Bei den unter 2. aufgeführten Leistungen handelt es sich lediglich um eine vervollständigende Aufstellung. Die vertraglichen Grundlagen bilden die jeweiligen Vereinbarungen (z. B. Laufzeiten und Vergütungshöhen) und bleiben von dieser Aufstellung unberührt

2.1 Sekundär- und Tertiärprävention gemäß Vereinbarung

– Ärztliche Beratung, Ausstellung der Präventionsempfehlung

	Abr.-Nr.	Vergütung
Bewegung	99216	5,00 €
Ernährung	99217	5,00 €
Stressmanagement	99218	5,00 €

Anlage 3d
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

vdek-Landesvertretung Thüringen
--

1. Leistungen, die nicht durch andere Vereinbarungen geregelt sind:

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen Ersatzkasse abzurechnen.

Anlage 3e
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

KNAPPSCHAFT

1. Leistungen, die nicht durch andere Vereinbarungen geregelt sind:

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der KNAPPSCHAFT abzurechnen.

Anlage 3f
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

**Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse**

1. Leistungen, die nicht durch andere Vereinbarungen geregelt sind:

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der SVLFG abzurechnen.

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 * Arbeitsunfall * BVG *

* = ggf. anzukreuzen

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

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

Datum

Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

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

Datum

Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Anlage 5 Ergänzende Regelungen zur Transparenz des Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V

- (1) Die KVT stellt den Krankenkassenverbänden kalenderjährlich eine Aufstellung der zur Verfügung stehenden Mittel gemäß § 105 Abs. 1a SGB V sowie der Mittelverwendung je Maßnahme und insgesamt zur Verfügung.
- (2) Sofern die von den Krankenkassen gezahlten Mittel des Strukturfonds die anteiligen Ausgaben für geförderte Maßnahmen überschreiten, wird diese Differenz nach folgendem Modus an die jeweiligen Krankenkassen zurückerstattet:
 - Ermittlung des Rückerstattungsbetrages je Krankenkasse auf der Grundlage des prozentualen kassenspezifischen Anteils an der MGV anhand der zum Zeitpunkt der Berechnung vorliegenden Daten des jeweiligen Kalenderjahres,
 - Ausweis des Rückerstattungsbetrages unter Budgetkennung 6, Vorgang 079 im Formblatt 3 im 3. Quartal des Folgejahres.
- (3) Nach Feststellung der tatsächlichen MGV erfolgt eine Korrekturberechnung.

Anlage 6 Besondere Begründung der Förderungswürdigkeit der Leistungen im Sinne von § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V

Die Vereinbarungspartner verfolgen mit der Förderung folgende Ziele im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgung der Versicherten. Grundlage hierfür ist der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 zur Festlegung von Kriterien zur Vereinbarung von Zuschlägen auf den Orientierungswert gemäß § 87 Abs. 2e SGB V für besonders förderungswürdige Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V.

Die Reihenfolge der laufenden Nummern entspricht der Chronologie des Honorarvertrages:

Lfd. Nr.	GOP	Bezeichnung im HV 2018	Leistungsbeschreibung EBM	Mangel in der Versorgung	Indikator Ergebnisqualität/Patientennutzen
1	06225	augenärztliche Strukturpauschale	Zuschlag für die Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte	<ul style="list-style-type: none"> – Sicherstellungsprobleme, Anreizschaffung zur konservativen Patientenbehandlung → Hier besteht ein Versorgungsdefizit, lange Wartezeiten auf konservative Augenarzttermine 	<ul style="list-style-type: none"> – Verringerung der Wartezeiten, was die Patientenzufriedenheit steigert, – Erhöhung der Anzahl konservativ tätiger Augenärzte bzw. Ausweitung der konservativen augenärztlichen Angebotsstrukturen
2	01410H	Leistungen der Pflegeheimversorgung	Besuch eines Kranken, wegen der Erkrankung ausgeführt	<ul style="list-style-type: none"> – Durch die zunehmende Anzahl von Pflegeheimpatienten steigt der Bedarf an ärztlichen Leistungen. – Ausgleich des erhöhten Aufwands für den Arzt bei (dringenden) Besuchen zusätzlich zu seinen Sprechstundenzeiten mit erhöhtem Aufwand bei der Praxisorganisation. 	<ul style="list-style-type: none"> – Die Betreuung der Patienten im routinemäßigen Praxisablauf wird durch zusätzliche Heimbesuche nicht beeinträchtigt (Patientenzufriedenheit). – Vermeidung von unnötigen Krankenhaus-einweisungen und Rettungsdienstesätzen für Heimbewohner.
3	01411H		Dringender Besuch wegen der Erkrankung, unverzüglich		
4	01412H		Dringender Besuch/dringende Visite auf der Belegstation		
5	01413H		Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft		
6	01415		Dringender Besuch eines Patienten in Pflegeheimen		
7	16231	kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit neurologischer oder psychiatrischer Erkrankung in Heimen	Zuschlag für die Einleitung und Koordination von Therapiemaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> – Durch die zunehmende Anzahl von Pflegeheimpatienten steigt der Bedarf an ärztlichen Leistungen. – Die enge Abstimmung mit dem jeweils behandelnden Hausarzt sowie den Bezugs- und Pflegepersonen des Patienten ist vermehrt mit höheren Aufwand verbunden, um den Behandlungsplan zu erstellen 	<ul style="list-style-type: none"> – Vermeidung von unnötigen Krankenhaus-einweisungen und Rettungsdienstesätzen für Heimbewohner. – Kontinuierliche abgestimmte Betreuung der verschiedenen Professionen
8	21231		Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen		

Lfd. Nr.	GOP	Bezeichnung im HV 2018	Leistungsbeschreibung EBM	Mangel in der Versorgung	Indikator Ergebnisqualität/Patientennutzen
9	02321	Versorgung von Patienten mit Harnableitungen in der häuslichen Pflege, in Heimen oder Wachkomaabteilungen	Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheters	<ul style="list-style-type: none"> - Die Sicherstellung eines hygienischen Katheterwechsels trägt maßgeblich zur Prävention von Infektionen bei. - Ausgleich des erhöhten Aufwands für die Besuche des Patienten zum Legen/oder Wechseln eines Katheters 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der Angebotsstruktur zum Wohle der Patienten, - Verringerung von Infektionen; Vermeidung von Krankenhauseinweisungen und Krankentransporten
10	02322		Wechsel oder Entfernung eines suprapubischen Harnblasenkatheters		
11	02323		Legen und/oder Wechsel eines transurethralen Dauerkatheters		
12	16220	neurologisches Gespräch	Neurologisches Gespräch, neurologische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	<ul style="list-style-type: none"> - Stärkung der anamnestischen Differenzialdiagnostik im Vergleich zur apparativen Diagnostik 	<ul style="list-style-type: none"> - gezielte diagnostische Einordnung der vom Patienten geschilderten Beschwerden, daraus resultierend differenzierte apparative Untersuchungen
13	21220	psychiatrisches und kinder-/jugendpsychiatrisches Gespräch	Psychiatrisches Gespräch, Psychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung,	<ul style="list-style-type: none"> - Sicherstellungsprobleme durch lange Wartezeiten wegen Zunahme der Psychotherapien 	<ul style="list-style-type: none"> - Durch Förderung dieser Leistungen kann in Einzelfällen die Beantragung/Durchführung von Psychotherapien entfallen. → dadurch mehr Kapazitäten für weitere Patienten und Verkürzung der Wartezeiten.
14	14220		Kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch, kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung		
15	30901	Polysomnographie	Kardiorespiratorische Polysomnographie	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der Angebotsstruktur; - Vermeidung stationärer Polysomnographien. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vermeidung von stationären Aufenthalten
16	05220	Anästhesiologie	Zuschlag für die anästhesiologische Grundversorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Förderung der flächendeckenden fachärztlichen Grundversorgung, da grundversorgende, konservative Angebotsstrukturen in den vergangenen Jahren an Attraktivität verloren haben, - Anreizschaffung zur Patientenbehandlung zur Vermeidung von langen Wartezeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der wohnortnahen Grundversorgung, - Verringerung der Wartezeiten, was die Patientenzufriedenheit steigert
17	06220	Augenheilkunde	Zuschlag für die augenärztliche Grundversorgung		
18	07220	Chirurgie	Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung		
19	08220	Gynäkologie	Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung		
20	09220	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie	Zuschlag für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundversorgung		
21	20220		Zuschlag für die phoniatriisch-pädaudiologische Grundversorgung		
22	10220	Dermatologie	Zuschlag für die hautärztliche Grundversorgung		
23	13220	Innere Medizin ohne Schwerpunkt	Zuschlag für die allgemeine internistische Grundversorgung		

Lfd. Nr.	GOP	Bezeichnung im HV 2018	Leistungsbeschreibung EBM	Mangel in der Versorgung	Indikator Ergebnisqualität/Patientennutzen
24	13294	Innere Medizin, Schwerpunkt Angiologie	Zuschlag für die angiologisch-internistische Grundversorgung		
25	13344	Innere Medizin, Schwerpunkt Endokrinologie	Zuschlag für die endokrinologisch-internistische Grundversorgung		
26	13394	Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie	Zuschlag für gastroenterologisch-internistische Grundversorgung		
27	13494	Innere Medizin, Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie	Zuschlag für hämato-/onkologisch-internistische Grundversorgung		
28	13543	Innere Medizin, Schwerpunkt Kardiologie	Zuschlag für kardiologisch-internistische Grundversorgung,		
29	13594	Innere Medizin, Schwerpunkt Nephrologie	Zuschlag für nephrologisch-internistische Grundversorgung,		
30	13644	Innere Medizin, Schwerpunkt Pneumologie	Zuschlag für pneumologisch-internistische Grundversorgung,		
31	13694	Innere Medizin, Schwerpunkt Rheumatologie	Zuschlag für die rheumatologisch-internistische Grundversorgung		
32	14214	Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie -psychotherapie	Zuschlag für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung		
33	16215	Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie	Zuschlag für die neurologische Grundversorgung		
34	21225		Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung		
35	21218		Zuschlag für die psychiatrische Grundversorgung		
36	18220	Orthopädie	Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung		
37	22216	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Zuschlag für die psychotherapeutisch-medizinische Grundversorgung		

Lfd. Nr.	GOP	Bezeichnung im HV 2018	Leistungsbeschreibung EBM	Mangel in der Versorgung	Indikator Ergebnisqualität/Patientennutzen
38	23216	Psychotherapie (ärztliche und psychologische) sowie Kinder- und Jugendpsychotherapie	Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung		
39	26220	Urologie	Zuschlag für die urologische Grundversorgung		
40	27220	Physikalische und Rehabilitative Medizin	Zuschlag für die physikalisch rehabilitative Grundversorgung		
41	14220	kinder-/jugendpsychiatrisches Gespräch	Kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch, kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	– Sicherstellungsprobleme durch lange Wartezeiten wegen Zunahme der Psychotherapien	– Durch Förderung dieser Leistungen kann in Einzelfällen die Beantragung/Durchführung von Psychotherapien entfallen. → dadurch mehr Kapazitäten für weitere Patienten und Verkürzung der Wartezeiten.
42	16220	neurologisches Gespräch	Neurologisches Gespräch, neurologische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	– Stärkung der anamnestischen Differenzialdiagnostik im Vergleich zur apparativen Diagnostik	– gezielte diagnostische Einordnung der vom Patienten geschilderten Beschwerden, daraus resultierend differenzierte apparative Untersuchungen
43	21220	psychiatrisches Gespräch	Psychiatrisches Gespräch, Psychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung,	– Sicherstellungsprobleme durch lange Wartezeiten wegen Zunahme der Psychotherapien	– Durch Förderung dieser Leistungen kann in Einzelfällen die Beantragung/Durchführung von Psychotherapien entfallen. → dadurch mehr Kapazitäten für weitere Patienten und Verkürzung der Wartezeiten.
44	14222	Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson	Eingehende situationsbezogene Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson(en) eines Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild	– zunehmender Bedarf an Anleitungen der Kontakt- und Bezugspersonen von Kindern	– Spürbare Verbesserung der häuslichen Betreuung der Kinder und Jugendlichen, → dadurch Vermeidung von Krankenhauseinweisungen, – Durch Förderung dieser Leistungen kann in Einzelfällen die Beantragung/Durchführung von Psychotherapien entfallen.
45	22221	Psychosomatisches Gespräch	Psychosomatisches Gespräch, psychosomatisch-medizinische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Einzelbehandlung)	– Hoher Betreuungsaufwand bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen, da die Diagnostik bei dieser Patientengruppe sehr diffizil und zeitaufwändig ist.	– Verbesserung der Patientenzufriedenheit durch intensiveren Betreuungsaufwand und dadurch bedingte verbesserte berufliche und soziale Integration nach Abschluss der Behandlung, – Vermeidung von stationären Aufenthalten

Lfd. Nr.	GOP	Bezeichnung im HV 2018	Leistungsbeschreibung EBM	Mangel in der Versorgung	Indikator Ergebnisqualität/Patientennutzen
46	30110	Allergie-Diagnostik	Allergologisch-diagnostischer Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer (Kontakt-)Allergie vom Spättyp (Typ IV)	<ul style="list-style-type: none"> - steigende Anzahl von Allergikern durch zunehmende Umwelteinflüsse, dadurch zunehmender Bedarf an diesen Leistungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten Allergie-Diagnostik
47	30111		Allergologisch-diagnostischer Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer Allergie vom Soforttyp (Typ I)		
48	30120		Rhinomanometrischer Provokationstest		
49	30121		Subkutaner Provokationstest		
50	30123		Oraler Provokationstest		
51	02311	Chronische Wunde	Behandlung des diabetischen Fußes	<ul style="list-style-type: none"> - durch demografische Entwicklung Zunahme der Morbidität, u. a. Zunahme chronischer Wunden, - Diese bedürfen einer langwierigen und aufwändigen Behandlung, da sie in regelmäßigen Abständen zeitaufwändig gereinigt werden müssen, um einer Infektion vorzubeugen. → erheblicher Aufwand für die Arztpraxis 	<ul style="list-style-type: none"> - Durch die Förderung wird eine ausreichende Behandlungsdauer und ein höherer Behandlungsintervall ermöglicht, was zur Vermeidung von Komplikationen und Schmerzen, zur Beschleunigung des Heilungsprozesses und somit zur Steigerung der Patientenzufriedenheit führt.
52	02312		Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris		
53	10330		Behandlungskomplex einer ausgedehnten offenen Wunde		
54	10340		Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation		
55	10341	Chirurgie nach Hautkrebsscreening	Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Zunahme notwendiger Eingriffe nach Hautkrebsscreening 	<ul style="list-style-type: none"> - flächendeckende Versorgung kleiner Hautveränderungen im frühen Stadium, → dadurch Vermeidung von Folgekosten (z. B. durch Krankenseinweisungen)
56	10342		Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern		
57	10343		(Teil-)Exzision einer malignomverdächtigen oder malignen Hautveränderung am Körperstamm oder an den Extremitäten		
58	10344		Hautveränderung am Körperstamm oder an den Extremitäten mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 10344 genannten Regionen		

Lfd. Nr.	GOP	Bezeichnung im HV 2018	Leistungsbeschreibung EBM	Mangel in der Versorgung	Indikator Ergebnisqualität/Patientennutzen
59	07345	Steuerung der weiterführenden Diagnostik/Therapie, insbesondere bei Hauttumoren	Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge	<ul style="list-style-type: none"> - insbesondere durch Einführung Hautkrebscreening Zunahme der frühzeitigen Erkennung von Hautkrebspatienten in diesen Fachgruppen → zunehmender Bedarf an ambulanter Mitbetreuung 	<ul style="list-style-type: none"> - flächendeckende wohnortnahe ambulante Versorgung zur Vermeidung stationärer Behandlungen
60	10345		Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge		
61	15345		Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge		
62	04355	Leistungen der Sozialpädiatrie	Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	<ul style="list-style-type: none"> - Zunahme der sozial auffälligen Kinder → Sicherstellungsprobleme 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der wohnortnahen Angebotsstruktur, da kaum Institutsambulanzen an KH vorhanden sind
63	34600	Osteodensitometrie	Osteodensitometrische Untersuchung	<ul style="list-style-type: none"> - Sicherstellungsprobleme durch erhöhte gerätetechnische Anforderungen, - Leistungen werden derzeit nicht flächendeckend angeboten 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der wohnortnahen Angebotsstruktur
64	06225	augenärztliche Strukturpauschale	Zuschlag für die Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte	<ul style="list-style-type: none"> - Sicherstellungsprobleme, Anreizschaffung zur konservativen Patientenbehandlung → Hier besteht ein Versorgungsdefizit, lange Wartezeiten auf konservative Augenarzttermine 	<ul style="list-style-type: none"> - Verringerung der Wartezeiten, was die Patientenzufriedenheit steigert, - Förderung von konservativ tätigen Augenärzten
65	03362	Geriatric	hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex	<ul style="list-style-type: none"> - Durch demografische Entwicklung Zunahme der Morbidität, u. a. Zunahme geriatrischer Patienten, hoher Betreuungsaufwand 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der wohnortnahen Angebotsstruktur, da keine geriatrischen Institutsambulanzen an KH vorhanden sind

Lfd. Nr.	GOP	Bezeichnung im HV 2018	Leistungsbeschreibung EBM	Mangel in der Versorgung	Indikator Ergebnisqualität/Patientennutzen
66	04355	Sozialpädiatrie	Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	– Zunahme der sozial auffälligen Kinder →Sicherstellungsprobleme	– Verbesserung der wohnortnahen Angebotsstruktur, da kaum Institutsambulanzen an KH vorhanden sind
67	Kapitel 34.2 (ohne 34.2.7 und 34.2.9 EBM)	konventionelles Röntgen	konventionelles Röntgen	– Zunehmender Versorgungsmangel der radiologischen Leistungen bei Teilradiologen (z. B. Orthopäden oder Urologen)	– Verbesserung der wohnortnahen Angebotsstruktur
68	17371	Radiosynoviorthese	Zusatzpauschale Radiosynoviorthese an einem kleinen Gelenk oder Anwendung von offenen Radionukliden in vorgeformten Körperhöhlen	– Bei steigendem Bedarf an rheumatologischen Behandlungskapazitäten steigt auch der Bedarf der Behandlungen von chronisch-entzündlichen Gelenkerkrankungen	– Verbesserung der wohnortnahen Angebotsstruktur
69	17373		Zusatzpauschale Radiosynoviorthese an großen oder mittleren Gelenken		
70	18320	orthopädisch-rheumatologische Versorgung	Zusatzpauschale Orthopädische oder orthopädisch-rheumatologische Funktionsdiagnostik bzw. Assessment mittels Untersuchungsinventaren	– Einbindung der Orthopäden in die rheumatologische Versorgung auf Grund des Versorgungsmangels bei rheumatologischen Patienten	– Verbesserung der Versorgungssituation durch Mitbetreuung durch Orthopäden, – Verkürzung von Wartezeiten
71	18700		Zusatzpauschale Behandlung eines Patienten mit mindestens einer der nachfolgend genannten Indikationen: Rheumatoide Arthritis, Seronegative Spondylarthritis, Kollagenose, Myositis,		