

*Die Veröffentlichung des Kataloges der förderungswürdigen Leistungen für das Jahr 2024 erfolgt unter dem Vorbehalt des Abschlusses und der Nichtbeanstandung der Vereinbarung zur Gesamtvergütung für das Jahr 2024 und der bestätigenden Beschlussfassung durch die Vertreterversammlung*

### **Anlage 3 zum HVM**

Aus dem gem. MGV-Vereinbarung hinsichtlich der Förderung im Sinne des § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V zur Verfügung gestellten Betrag werden jährlich 400 T€ zur Förderung des ambulanten Operierens verwendet. Der verbleibende Betrag wird hälftig auf beide Versorgungsbereiche aufgeteilt. Die jeweiligen Fördersummen werden zu 25% auf die Quartale aufgeteilt und vorbehaltlich der in der Anlage zur MGV-Vereinbarung festgelegten Förderungen wie folgt verwendet:

#### **Förderung für ambulantes Operieren in Höhe von 100 T€ je Quartal:**

- Förderung von ambulanten Operationen gem. Kapitel 31.2 EBM bei Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres mit einem Zuschlag in Höhe von 20 €.

Sofern die Höhe der für förderungswürdige Leistungen zur Verfügung stehenden Mittel von der Kalkulation der o.g. Zuschläge abweicht, können zunächst Mittel zwischen den Quartalen eines Jahres verrechnet werden. Hiernach erfolgt eine Anpassung der Zuschlagshöhe. Für den Fall, dass infolge von EBM-Änderungen vergleichbare Fördertatbestände abgebildet werden, die eine Doppelvergütung nach sich ziehen, wird der Vorstand ermächtigt, mit Wirkung des Inkrafttretens der EBM-Änderung die Förderungen anzupassen bzw. nicht anzuwenden.

#### **Hausärztlicher Versorgungsbereich:**

Folgende Leistungen werden über Zuschläge entsprechend der Vereinbarung zur Gesamtvergütung gefördert:

- Förderung von Ärzten in Planungsbereichen gemäß dem Bedarfsplan mit einem Versorgungsgrad von unter 80 %<sup>1</sup> mit einem Zuschlag ab dem 1.000. Behandlungsfall in Höhe von 5 € je Behandlungsfall.
- Förderung der Versorgung in der Häuslichkeit bei Patienten mit chronischen Erkrankungen mit einem Zuschlag von 15,00 € im Behandlungsfall  
Voraussetzung:
  - o Abrechnung der GOP 03220 bzw. 04220 EBM im Quartal (Nachweis chronisch kranker Patient) sowie
  - o mindestens 2 erfolgte Hausbesuche im Quartal, davon mindestens ein Besuch vom Hausarzt (nach GOP 01410 bzw. 01413 EBM); Zweitbesuch durch Praxispersonal oder als telemedizinischer Kontakt möglich,
- Besuche bei Kindern bis zu 12 Jahren (einschließlich telemedizinische Kontakte) nach den GOP 01410, 01413, 01415 bzw. 01450 EBM mit einem Zuschlag von 10 €,
- patientenbezogene Förderung der subkutanen und sublingualen Hyposensibilisierung in den ersten 3 Jahren der Behandlung mit einem einmal jährlich abrechenbaren Zuschlag in Höhe von 10 € in den ersten 2 Jahren und 30 € im dritten Behandlungsjahr,
- Ultraschalldiagnostik nach den GOP 01722, 33010-33012, 33020-33023, 33030-33031, 33040-33044, 33046, 33050-33052, 33060-33064, 33070-33076, 33080-33081, 33090-33092 und 33100 EBM mit einem Zuschlag in Höhe von 5 € für maximal 50 Häufigkeiten pro Praxis und Quartal.

Sofern die Höhe der für förderungswürdige Leistungen zur Verfügung stehenden Mittel von der Kalkulation der o.g. Zuschläge abweicht, können zunächst Mittel zwischen den Quartalen eines

---

<sup>1</sup> Hierbei wird die Ermittlung des Versorgungsgrades jeweils mit Stichtag zum letzten Tag des Vorquartales vorgenommen

Jahres verrechnet werden. Hiernach erfolgt eine gleichmäßige, lineare Anpassung der Zusatzpunktwert- bzw. Zuschlagshöhen. Für den Fall, dass infolge von EBM-Änderungen vergleichbare Fördertatbestände abgebildet werden, die eine Doppelvergütung nach sich ziehen, wird der Vorstand ermächtigt, mit Wirkung des Inkrafttretens der EBM-Änderung die Förderungen anzupassen bzw. nicht anzuwenden.

### **Fachärztlicher Versorgungsbereich:**

Folgende Leistungen werden über Zuschläge / Zusatzpunktwerte entsprechend der Vereinbarung zur Gesamtvergütung gefördert:

- Förderung von Ärzten in Regionen, in denen ein Versorgungsbedarf gem. § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V entsprechend der Entscheidungen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu den Förderregionen im Land Brandenburg besteht, mit einem Zuschlag in Höhe von 5 € je Behandlungsfall ab folgenden Grenzen:
  - o für Fachärzte für Frauenheilkunde, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Psychiatrie ab dem 1.000. Behandlungsfall,
  - o für Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Fachärzte für Augenheilkunde ab dem 1.400. Behandlungsfall,
  - o für Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten ab dem 1.700. Behandlungsfall,
- Besuche nach den Ziffern 01410, 01413, 01415 EBM bzw. telemedizinischer Kontakt nach der Ziffer 01450 EBM, sofern nicht bereits eine zusätzliche Vergütung der Besuche über die GOP 37102 oder 37113 EBM erfolgt, bei schwerwiegenden Erkrankungen gem. Anlage 3a mit einem Zuschlag in Höhe von 10 €,
- Besonderer Beratungs- und Koordinationsaufwand bei der Behandlung eines Demenzpatienten (ICD Foo-F03) mit einer Gesprächsdauer von mehr als 10 Minuten, maximal einmal im Behandlungsfall, als Zuschlag zur Grundpauschale in Höhe von 10 € (ausgenommen sind die Grundpauschalen der Kapitel 12, 14, 16, 19, 21, 22 und 23 EBM),
- Transfusion von Blutprodukten (GOP 02110, 02111 EBM) mit einem Zusatzpunktwert in Höhe von 1,5 ct,
- Funktionelle Entwicklungstherapie bei Kindern (GOP 14310, 14311 EBM) mit einem Zusatzpunktwert in Höhe von 0,5 ct,
- Psychotherapeutische Gespräche (GOP 22220, 23220 EBM) mit einem Zusatzpunktwert in Höhe von 0,5 ct,
- Diagnostik und Therapie bei Schädigungen des Bewegungs-, Nervensystems, der inneren Organe (GOP 27332 EBM) mit einem Zusatzpunktwert in Höhe von 0,5 ct,
- patientenbezogene Förderung der subkutanen und sublingualen Hyposensibilisierung in den ersten 3 Jahren der Behandlung mit einem einmal jährlich abrechenbaren Zuschlag in Höhe von 10 € in den ersten 2 Jahren und 30 € im dritten Behandlungsjahr,
- Ultraschalldiagnostik nach den GOP 33001, 33010-33012, 33020-33023, 33030-33031, 33040-33044, 33050-33052, 33060-33064, 33070-33076, 33080-33081 und 33090-33091 EBM mit einem Zuschlag in Höhe von 5 € für maximal 55 Häufigkeiten pro Praxis und Quartal,
- teilradiologische Leistungen nach den GOP 34220-34222, 34230-34234 und 34237-34238 EBM für Ärzte gem. Anlage 1 mit Ausnahme der Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit einem Zuschlag in Höhe von 5 € für maximal 200 Häufigkeiten pro Praxis und Quartal,
- kurative Mammographie (GOP 34270-34275 EBM) mit einem Zusatzpunktwert in Höhe von 1,5 ct,
- Besuche durch angestellten Mitarbeiter der Arztpraxis nach den Ziffern 38100 und 38105 EBM mit einem Zuschlag in Höhe von 10 €, sofern nicht bereits eine zusätzliche Vergütung der Besuche über die Zuschläge des Abschnittes 38.3 EBM erfolgt
- Leistungen der Humangenetik nach den Ziffern 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM mit einem Zusatzpunktwert in Höhe von 2,0 ct.

Sofern die Höhe der für förderungswürdige Leistungen zur Verfügung stehenden Mittel von der Kalkulation der o.g. Zuschläge abweicht, können zunächst Mittel zwischen den Quartalen eines Jahres verrechnet werden. Hiernach erfolgt eine gleichmäßige, lineare Anpassung der Zusatzpunktwert- bzw. Zuschlagshöhen. Für den Fall, dass infolge von EBM-Änderungen vergleichbare Fördertatbestände abgebildet werden, die eine Doppelvergütung nach sich ziehen, wird der Vorstand ermächtigt, mit Wirkung des Inkrafttretens der EBM-Änderung die Förderungen anzupassen bzw. nicht anzuwenden.