

**1. Nachtrag
zur**

**Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen
Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2013
vom 21.08.2013**

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

- AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand
hier vertreten durch den
Vorsitzenden des Vorstandes
Herr Rainer Striebel,
- BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4, 30171 Hannover,
- IKK classic,
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
handelnd für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung,
- Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

und

den Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

geschlossen.

Präambel

Der Bewertungsausschuss hat mit Beschluss in seiner 304. Sitzung sowie in seiner 303. Sitzung zur ausgabenneutralen Anhebung des Orientierungspunktwertes nach § 87b Abs. 2e SGB V und zur Angleichung von Orientierungswert und kalkulatorischem Punktwert beschlossen, mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 den Orientierungswert und kalkulatorischen Punktwert auf 10 €-Cent anzuheben und die in Punktzahlen bewerteten Leistungen des EBM gegenläufig abzusenken. Punktzahlen im EBM, Behandlungsbedarfe, Ein- und Ausdeckungspunktmengen und Bereinigungsbeträge, die alle in Punkten festgesetzt sind bzw. berechnet werden, sind zur Wahrung der Ausgabenneutralität gemäß Beschluss anzupassen.

In Umsetzung dessen schließen die Vertragspartner folgenden Nachtrag zur Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen für das Jahr 2013.

I. Teil 2 § 1 wird wie folgt neu gefasst:

§ 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 die Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 304. und 303. Sitzung - festgelegten Orientierungswertes vereinbart.
- (2) Der regionale Punktwert beträgt ab 1. Oktober 2013 10 €-Cent.

II. Teil 3 § 2 wird um den folgenden Abs. (3a) ergänzt:

§ 2

Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

- (3a) Aufgrund der Verwendung des Punktwertes für die Berechnung der Quartals-MGV in Höhe von 3,5048 €-Cent ergibt sich, dass bei allen notwendigen Berechnungen, die in Verbindung mit der ausgabenneutralen Umsetzung der Punktwertanpassung stehen, mit dem Faktor 0,35048 an Stelle des in den tangierenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses vorgesehenen Faktors 0,35363 gerechnet wird.

Die Anlage 1 - Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2013 - wird - aufgrund der Vereinbarung des regionalen Punktwertes von 10 €-Cent für das 4. Quartal 2013 sowie für das 1. bis 3. Quartal 2013 für die Darstellung der Basiswerte für das Folgejahr -entsprechend angepasst.

- III. Um die Förderung auf Grund des Vergleiches vom 24. Mai 2013 in der Höhe aufrecht zu erhalten, wird Teil 3 § 2a Abs. 2 wie folgt geändert:

**§ 2a
Förderungswürdige Leistungen**

- (2) Soweit es sich um in Punkten bewertete Leistungen handelt, werden diese mit einem Punktwertzuschlag in Höhe von **1,41 €-Cent** auf den regionalen Punktwert gemäß Teil 2 § 1 dieser Vereinbarung vergütet. Bei in Euro bewerteten Leistungen wird ein Zuschlag in Höhe von 15 v. H. auf den Euro-Betrag gezahlt. Die jeweiligen Zuschläge sind mit dem Großbuchstaben „T“ zu kennzeichnen.
- IV. Die 2. Protokollnotiz erhält folgende Fassung:

2. Protokollnotiz

Mehrkostenregelung gemäß § 33 Abs. 9 SGB V

- (1) Solange durch den Bewertungsausschuss 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 KV Thüringen. 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 Nr. 3 BMV-Ä) privat gegenüber dem Versicherten liquidiert werden.

Inkrafttreten

Der 1. Nachtrag zur Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen gilt mit Wirkung zum 01.10.2013, mit Ausnahme von Punkt IV. (2. Protokollnotiz zur Mehrkostenregelung gemäß § 33 Abs. 9 SGB V). Punkt IV. tritt ab 01.04.2014 in Kraft.

1. Nachtrag zur Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung
in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2013 vom 21.08.2013

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 20.02.2014

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte

gez. IKK classic

gez. Sozialversicherung
für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
handelnd für die landwirtschaftliche
Krankenversicherung

gez. Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

gez. Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

Anlage 1 – Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der
morbiditybedingten Gesamtvergütung je Quartal 2013

Anlage 2 – Leistungen des EBM außerhalb der morbiditybedingten Gesamtvergütung

Anlage 2

Aufgrund des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) in seiner 37. Sitzung am 25.09.2013 zu Teil C – Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Jahr 2014 mit Wirkung zum 26.09.2013 wird die Anlage 2 in den Punkten 12, 23 und 24 wie folgt ersetzt:

12	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese	GOP 13620 bis 13622
23	Leistungen Nephrologie und Dialyse	Abschnitt 13.3.6 ohne GOP 13620 bis 13622
24	Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse	Abschnitt 4.5.4 sowie die GOP 04000, 04010, 04040 und 04230, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden

**- Anlage 1 -
Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie
der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
je Quartal 2013**

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

GKV-Daten	Kassen-Daten
-----------	--------------

Berechnung des vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs (BB) im Vorjahresquartal 2012 gem. Pkt. 2.2.1*

Versichertenzahlen ⁽¹⁾		
Korrekturdaten Versichertenzahlen ⁽²⁾		
abgestimmte Versichertenzahlen		
vereinbar um die Selektivverträge bereinigter BB ⁽³⁾		
Korrekturdaten BB ⁽⁴⁾		
abgestimmter BB		
Bereinigung BB für psychotherap. Leistungen gem. Beschluss des BA in seiner 288. Sitzung ⁽⁵⁾		
Bereinigung BB für schmerztherap. Leistungen für ausschl. schmerztherapeutisch tätige Ärzte ⁽⁶⁾		
Bereinigung BB für Narkosen bei zahnärztlichen Behandlungen ⁽⁷⁾		
Bereinigung BB für Leistungen der spezifischen Immuntherapie ⁽⁸⁾		
Bereinigung BB für kinder Pneumologische Leistungen ⁽⁹⁾		
Bereinigung BB für nephrologische Leistungen gem. Beschluss des BA in seiner 302. Sitzung ⁽¹⁰⁾		
angepasster BB		

Berechnung des kassenspezifischen Anteils am angepassten BB im Vorjahresquartal 2012 gem. Pkt. 2.2.2*

abgerechneter LB in Abgrenzung der MGW des Abrechnungsquartals ⁽¹¹⁾		
kassenspezifischer prozentualer Anteil		

Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes des angepassten BB im Abrechnungsquartal 2013 gem. Pkt. 2.2.3*

kassenspezifischer Aufsatzwert ⁽¹²⁾		
kassenspezifische Versichertenzahlen 2012 ⁽¹³⁾		
kassenspezifische Versichertenzahlen 2013 ⁽¹⁴⁾		
davon entfallene Versichertenzahlen 2013 je fusionierende Krankenkasse ⁽¹⁵⁾		
Durchschnittliche Bereinigungsmenge für alle Selektivverträge ⁽¹⁶⁾		
Bereinigungsbetrag gemäß Durchführungsempfehlung zu MRSA für 1/13 ⁽¹⁷⁾		
korrigierter kassenspezifischer Aufsatzwert ⁽¹⁸⁾		

Verwendung des kassenspezifischen Aufsatzwertes des angepassten BB im Abrechnungsquartal 2013 gem. Pkt. 2.2.4*

korrigierter kassenspezifischer Aufsatzwert		
Erhöhung des kassenspezifischen Aufsatzwertes um 6,99 %		
Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge ⁽¹⁹⁾		
endgültiger kassenspezifischer Aufsatzwert (Behandlungsbedarf) für die Berechnung der kassenspezifischen MGW mit dem PW in Höhe von 3,5048 €-Cent		
kassenspezifische MGW berechnet mit PW 3,5048 €-Cent ⁽²⁰⁾		
kassenspezifischen Aufsatzwert (Behandlungsbedarf) umgerechnet mit dem gültigen PW ab dem IV. Quartal 2013 in Höhe von 10,0000 €-Cent als Basis für das entsprechende Abrechnungsquartal im Folgejahr ⁽²¹⁾		

Legende:

1.	Versichertenzenzahlen	Vers_vonKV aus Satzart „KASSRG87aMGV_SUM“ bzw. „..._JK“
2.	Korrekturdaten Versichertenzenzahlen	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
3.	vereinbarter um die Selektivverträge bereinigter BB	BB_vonKV aus Satzart „KASSRG87aMGV_SUM“ bzw. „..._JK“
4.	Korrekturdaten BB	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
5.	Bereinigung BB für psychotherap. Leistungen gem. Beschluss des BA in seiner 288. Sitzung	LB_Euro_GO umgerechnet in Pkt. mit PW 3,5048 €-Cent von LSK A5 und PROB aus Satzart „ARZTRG87aKA_SUM“ bzw. „..._JK“
6.	Bereinigung BB für schmerztherap. Leistungen für ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte	separate Daten für GOP 30700 bis 30708 für ausschließlich schmerztherapeutisch tätige ber.-eigene Ärzte (abgestimmte Daten zwischen KV und KK)
7.	Bereinigung BB für Narkosen bei zahnärztlichen Behandlungen	separate Daten für GOP 05330 und 05331 sowie 05350 für Abrechnung von zahnärztlicher Behandlung anhand zugehöriger Diagnosen für ber.-eigene Ärzte (abgestimmte Daten zwischen KV und KK)
8.	Bereinigung BB für Leistungen der spezifischen Immuntherapie	LB_Euro_GO umgerechnet in Pkt. mit PW 3,5048 €-Cent der GOP 30130 und 30131 aus Satzart „ARZTRG87aKA_SUM“ bzw. „..._JK“
9.	Bereinigung BB für kinderpneumologische Leistungen	LB_Euro_GO umgerechnet in Pkt. mit PW 3,5048 €-Cent der GOP 04530 bis 04537 aus Satzart „ARZTRG87aKA_SUM“ bzw. „..._JK“
10.	Bereinigung BB für nephrologische Leistungen gem. Beschluss des BA in seiner 302. Sitzung	LB_Euro_GO umgerechnet in Pkt. mit PW 3,5048 €-Cent von LSK NEP (ohne die GOP 13622) und KNEP aus Satzart „ARZTRG87aKA_SUM“ bzw. „..._JK“
11.	abgerechneter LB in Abgrenzung der MGVS des Abrechnungsquartals	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK
12.	kassenspezifischer Aufsatzwert	angepasster BB multipliziert mit kassenspezifischen prozentualen Anteil
13.	kassenspezifische Versichertenzenzahlen 2012	wie 1., aber nur aus Satzart „KASSRG87aMGV_JK“
14.	kassenspezifische Versichertenzenzahlen 2013	Versicherte, Wohnausländer und Betreute aus Satzart „ANZVER87a“
15.	davon entfallene Versichertenzenzahlen 2013 je fusionierende Krankenkasse	der Ausweis erfolgt nur bei einer Fusion, die nicht vollumfänglich vollzogen wurde; die Anzahl der Versicherten, Wohnausländer und Betreute aus Satzart ANZVER 87a
16.	Durchschnittliche Bereinigungsmenge für alle SV-Verträge	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK
17.	Bereinigungsbetrag gemäß Durchführungsempfehlung zu MRSA für 1/13	festgelegter Bereinigungs-BB in Höhe von 0,455 multipliziert mit kassenspezifischen Vers.-zahlen 2013
18.	korrigierter kassenspezifischer Aufsatzwert	kassenspezifischer Aufsatzwert dividiert durch kassenspezifische Vers.-zahlen 2012 und multipliziert mit kassenspezifischen Vers.-zahlen 2013 sowie zuzüglich durchschnittliche Bereinigungsmenge für alle SV-Verträge und abzüglich Bereinigungsbetrag MRSA
19.	Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK; PW 3,5048 €-Cent; ab IV. Quartal 2013 ggf. Rückrechnung des gelieferten LB in Punkten wegen korrekter Darstellung des kassenspezifischen Aufsatzwertes als Ausgangsbasis für 2014
20.	kassenspezifische MGVS berechnet mit PW 3,5048 €-Cent	wurde eine Fusion nicht voll umfänglich vollzogen, dann erfolgt bei der Berechnung der kassenspezifischen MGVS folgende Berechnung: endgültiger kassenspezifischer Aufsatzwert (ist identisch für alle Fusionskassen) geteilt durch Summe der Versicherten aller Fusionskassen des entsprechenden Abrechnungsquartals 2013 und multipliziert mit den Versicherten der jeweiligen Fusionskasse des entsprechenden Abrechnungsquartals 2013; anschließend erfolgt hierzu noch die Bewertung mit dem PW 3,5048 €-Cent
21.	kassenspezifischen Aufsatzwert (Behandlungsbedarf) umgerechnet mit dem gültigen PW ab dem IV. Quartal 2013 in Höhe von 10,0000 €-Cent als Basis für das entsprechende Abrechnungsquartal im Folgejahr ⁽²⁾	die Darstellung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfes als Grundlage für die Quartale des Jahres 2014 erfolgt aufgrund der ausgabenneutralen Anhebung des OW; alle entsprechenden Berechnungen werden mit dem Faktor 0,35048 vorgenommen

* Die Punkte beziehen sich auf den BA-Beschluss aus der 288. Sitzung vom 22.10.2012, Teil A

** gelb gekennzeichnete Flächen werden nicht mit Werten hinterlegt

*** Der Behandlungsbedarf wird mit vier Stellen hinter dem Komma errechnet und mit einer Stelle hinter dem Komma kaufmännisch gerundet ausgegeben.