Amtliche Bekanntmachung

Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2015

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,
  als Landwirtschaftliche Krankenkasse,

- Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

und

den Ersatzkassen

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

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

geschlossen.

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 Benehmensherstellung
2. Protokollnotiz – Mehrkostenregelung gemäß § 33 Abs. 9 SGB V
3. Protokollnotiz – 1. Umsetzung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG)
   – 2. Förderung des organisierten Notdienstes

Anlagen

Anlage 1	Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2015
Anlage 1a	Berechnung des kassenspezifischen Anteils am EGV-Förderfonds
Anlage 2	Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
Anlage 2a	Zuschläge für EBM-Leistungen aus dem EGV-Förderfonds
Anlage 3	Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen
Anlagen 3a – f	Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen
Anlage 4	Sachkostenformular

Teil 1
Allgemeine Grundsätze

Präambel

(1) Auf der Basis der Neuordnung der vertragsärztlichen Versorgung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) und die Änderungen des zum 01.01.2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) sowie der tangierenden Beschlüsse/Empfehlungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses vereinbaren die oben genannten Vertragspartner (auf der Grundlage des geschlossenen Eckpunktepapiers in der Honorarverhandlung am 17.03.2015) nachfolgende Vergütungsregelung für die vertragsärztliche Versorgung. 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

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2015 in Kraft und endet am 31.12.2015, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

§ 2
Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

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 morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach den jeweils geltenden rechtlichen Regelungen dar. Für die Zukunft werden zur Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund der Morbiditätsstruktur ausschließlich jahresbezogene Veränderungsraten herangezogen. Gesetzesänderungen, Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses 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 Bewertungsausschusses (BA) in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2015 – festgelegten Orientierungswertes vereinbart.

(2) Der regionale Punktwert beträgt demnach 10,2718 €-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 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 KV Thüringen 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.

§ 2
Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (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 KV Thüringen. Hierfür sind die Daten der jeweils geltenden Beschlüsse des Bewertungsausschusses (KASSRG87aMGV_SUM) maßgebend. Dazu werden im Vorfeld die Versichertenzahlen sowie der Behandlungsbedarf quartalsweise bilateral zwischen der KV Thüringen und den Krankenkassenverbänden abgestimmt.

b) Der Behandlungsbedarf nach Buchstabe a) wird aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V entsprechend den Beschlüssen des Bewertungsausschusses gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V bereinigt. Die Vertragspartner verständigen sich auf der Basis der Beschlüsse über die Regelung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs.

c) *Dies ergibt den angepassten Behandlungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals 2014 über alle Krankenkassen und je Krankenkasse.*

d) Der jeweilige kassenspezifische 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 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 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).

f) Dieser kassenspezifische Aufsatzwert wird korrigiert um:

- die Veränderung der kassenspezifischen Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal gegenüber dem Vorjahresquartal
- die durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten für alle Selektivverträge im Vorjahresquartal multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenanzahl der Krankenkasse im Vorjahresquartal.

g) *Dies ergibt den korrigierten kassenspezifischen Aufsatzwert je Abrechnungsquartal.*

h) Der korrigierte kassenspezifische Aufsatzwert je Abrechnungsquartal wird weiterentwickelt. Die jeweils auf den korrigierten kassenspezifischen Aufsatzwert bezogenen Steigerungen ergeben sich aus

- der Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V in Höhe von 1,0447 v. H. und
- der weiteren Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG inkl. Zuschlag für Schwerpunktinternisten nach den GOP 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13594, 13644 und 13694) in Höhe von 0,0277 v. H. gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 339. Sitzung, Teil D (schriftliche Beschlussfassung). Diese Finanzmittel sind zweckgebunden für die Vergütung der PFGs zu verwenden.

Die einzelnen Bestandteile der Steigerungen werden zu dem kassenspezifischen Aufsatzwert nach e) addiert.

Weiterhin wird der korrigierte kassenspezifische Aufsetzwert je Abrechungsquartal um die Differenz zwischen Neueinschreibern und Rückkehrern für die gültigen Selektivverträge im Abrechnungsquartal bereinigt.

i) *Daraus ergibt sich der endgültige kassenspezifische Aufsetzwert (Behandlungsbedarf) für das jeweilige Abrechnungsquartal.*

(3) Die kassenspezifische MGV je Quartal ergibt sich aus der Multiplikation des endgültigen kassenspezifischen Aufsetzwertes (Behandlungsbedarf) je Abrechnungsquartal mit dem Punktwert in Höhe von 10,2718 €-Cent.

(4) Bei Fusionen von Krankenkassen mit Versicherten in Thüringen wird für die neue (fusionierte) Krankenkasse ein neuer nach Versichertenzahlen gewichteter kassenspezifischer Aufsetzwert entsprechend des Beschlusses der 333. Sitzung des Bewertungsausschusses am 20. August 2014 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 2014 kein Leistungsbedarf und keine Versicherten zur Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2015 vorliegen und für die im Jahr 2015 erstmals Versicherte und Leistungsbedarf in Thüringen festgestellt werden, werden die vertragsärztlichen Leistungen, welche nach dieser Vereinbarung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten sind, für einen Zeitraum von maximal 4 Quartalen mit dem nach dieser Vereinbarung geltenden Punktwert für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unter Anwendung der kassenartindividuellen durchschnittlichen Abstaffelungsquote 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 Gebührenordnungspositionen 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 v. H. 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 Jugendlichenpsychotherapie (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 Gesamtförderungsbetrages im Formblatt 3 im Vorgang 970 übermittelt die KV Thüringen für die unter Abs. 1 und 3 aufgeführten Leistungen quartalsweise je Krankenkasse die Höhe der jeweiligen Förderungsbeträge 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 KV Thüringen 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.

§ 2b
Förderungswürdige Leistungen außerhalb der MGV (EGV-Förderfonds)

(1) Für das Jahr 2015 stellen die Krankenkassen einen EGV-Förderfonds in Höhe von 2.453.674 Euro zur Verfügung. Der Betrag gemäß Satz 1 wird gleichmäßig auf die vier Quartale des Jahres 2015 aufgeteilt. Der kassenspezifische Anteil je Quartal ergibt 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 gemäß **Anlage 1a**. Die jeweiligen Quartalsbeträge werden für die Zahlung von Punktwertzuschlägen für folgende Leistungen verwendet:

- zusätzliche Stützung bereits geförderter Gesprächsleistungen (GOP 16220, 21220, 14220) unter Berücksichtigung der Förderung gemäß Teil 3 § 2a Abs. 1,
- Stützung weiterer Gesprächsleistungen (GOP 14222, 23220),
- Allergie-Diagnostik (GOP 30110, 30111, 30120, 30121, 30123),
- Chronische Wunde (GOP 02311, 02312, 10330, 10340),
- Chirurgie nach Hautkrebsscreening (GOP 10341, 10342, 10343, 10344),
- Steuerung der weiterführenden Diagnostik/Therapie, insbesondere bei Hauttumoren (GOP 07345, 10345, 15345).

(2) Die Gebührenordnungspositionen gemäß Abs. 1 erhalten einen Punktwertzuschlag auf den regionalen Punktwert gemäß Teil 2, § 1 dieser Vereinbarung. Die jeweiligen Zuschläge sind mit dem Großbuchstaben „E“ zu kennzeichnen.

(3) Der Ausweis erfolgt auf GOP-Ebene im Formblatt 3 unter der Rubrik „außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung“. Des Weiteren wird der jeweilige Gesamtförderbetrag im Formblatt 3 gemäß den KBV-Vorgaben im Vorgang 970 als statistischer Wert dargestellt.

§ 3
Nicht vorhersehbarer morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf

Eine Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V für das Jahr 2015 erfolgt gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014.

§ 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 nach § 53 Abs. 4 SGB V sind auf die MGV gemäß § 2 anzurechnen. Die konkrete Umsetzung erfolgt bilateral zwischen der KV Thüringen und der jeweiligen Krankenkasse.

§ 6
Abschlagszahlungen

(1) Vorbehaltlich der endgültigen Abrechnung leisten die Krankenkassen nach Anforderung durch die KV Thüringen bis zum zweiten Banktag (Wertstellung) des Folgemonats für den vorangegangenen Monat eine Abschlagszahlung in Höhe von 30 v. H. der vorläufigen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal des jeweiligen Vorjahresquartals zuzüglich 2,4724 v. H. ab dem 2. Quartal 2015 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 v. H. 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 KV Thüringen 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 der rechnungsbegründenden Unterlagen (Rechnungsbrief mit Ausweisung der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 2 Abs. 3 sowie die vertragsgemäß erstellten Formblätter 3 für bereichseigene Ärzte, bereichsfremde Ärzte sowie bereichseigene und bereichsfremde Ärzte, DTA-Einzelfallnachweis, Anlagen zu den Gut- und Lastschriften) bei den Krankenkassen von diesen zu begleichen.

(4) Für die Abrechnung der Leistungen gelten die jeweils aktuellen Formblatt-3-Inhaltsbeschreibungen.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 05.06.2015

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

gez. IKK classic

gez. Sozialversicherung
für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
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 KV Thüringen 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 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 Satz 3 Nr. 3 BMV-Ä) privat gegenüber den Versicherten liquidiert werden.

3. Protokollnotiz

1. Umsetzung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG)

Zwischen den Gesamtvertragspartnern besteht Einvernehmen, bis spätestens 30.09.2015 eine prospektive Vereinbarung für Zuschläge gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 zweiter Halbsatz i. V. m. § 119b SGB V zur Umsetzung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes abzuschließen.

2. Förderung des organisierten Notdienstes

Die Gesamtvertragspartner sind sich darin einig, den organisierten Notdienst in Bezug auf eine mögliche Umgestaltung/Förderung des organisierten Notdienstes/Systemzuschläge für das Vorhalten und Betreiben des Notdienstes unter Berücksichtigung des GKV-VSG zu überprüfen.

Anlage 1 Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2015

Quartal:
Krankenkasse:
VKNR:

Die Berechnungen erfolgen kassenspezifisch.

Anlage 1a Berechnung des kassenspezifischen Anteils am EGV-Förderfonds

Quartal:
Krankenkasse:
VKNR:

Die Berechnungen erfolgen kassenspezifisch.

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 EBM 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 EBM 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 EBM
4	Durchführung von Vakuumstanzbiopsien	GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855
5	Strahlentherapie	Kapitel 25 EBM und GOP 40840 und 40841
6	Phototherapeutische Keratektomie	GOP 31362, 31734, 31735 und 40680
7	Künstliche Befruchtung	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, 11311, 11312, 11320 bis 11322, 11330 bis 11334, 11351, 11352, 11354, 11360, 11361, 11370 bis 11372, 11380, 11390, 11391, 11395, 11396, 11400, 11401, 11403, 11404, 11410 bis 11412, 11420 bis 11422, 11430 bis 11434, 11440 bis 11443, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32614, 32618, 32660, 32781, 33043, 33044, 33090, 36272, 36503 und 36822 Die Leistungen der künstlichen Befruchtung werden von der KV Thüringen mit „X“ gekennzeichnet. Die mit einem „X“ versehenen Leistungen werden mit dem 50%igen Punktzahlvolumen der GOP des EBM im Formblatt 3 ausgewiesen.
8	Substitutionsbehandlung und Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger	GOP 01950 bis 01952 sowie GOP 01955 und 01956
9	Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V	GOP 01425 und 01426
10	ärztlich angeordnete Hilfeleistungen	GOP 03060, 03062 und 03063
11	Leistungen im Rahmen der Versorgung von HIV-Infizierten	Abschnitt 30.10 EBM GOP 30920, 30922 und 30924

12	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese/ Apherese bei rheumatoider Arthritis	Abschnitt 13.3.6 EBM GOP 13620 bis 13622
13	Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen	Abschnitt 32.2.8 EBM GOP 32880, 32881, 32882
14	Dialysesachkosten	Abschnitt 40.14 EBM
15	Balneophototherapie	Abschnitt 10.3 EBM GOP 10350
16	Varicella-Zoster-Virus Antikörper-Nachweis bei ungeklärter Immunitätslage im Rahmen der Empfängnisregelung	Abschnitt 1.7.5 EBM GOP 01833
17	Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikations-Therapie von Trägern mit MRSA	Abschnitt 30.12 EBM GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956
18	Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen	Abschnitt 35.2 EBM für alle Arztgruppen sowie GOP 35150 (Zusatz Großbuchst. „P“ oder „Q“) für genannte Arztgruppen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V
19	Schmerztherapeutische Leistungen für ausschließlich schmerztherapeutisch tätige bereichseigene Ärzte	Abschnitt 30.7 EBM GOP 30700 (Zusatz Großbuchst. „S“, „X“, „Y“ oder „Z“), GOP 30702, 30704, 30706, 30708 (Zusatz Großbuchst. „S“)
20	Narkosen bei zahnärztlichen Behandlungen bereichseigener Ärzte	GOP 05330, 05331, 05350 (Zusatz Großbuchst. „Z“)
21	Leistungen der spezifischen Immuntherapie	GOP 30130 und 30131
22	Kinderpneumologische Leistungen	GOP 04530 bis 04537
23	Nephrologie und Dialyse	Abschnitt 13.3.6 EBM ohne GOP 13620 bis 13622
24	Pädiatrische Nephrologie und Dialyse	Abschnitt 4.5.4 EBM sowie die GOP 04000, 04010 (gültig bis 31.03.2015), 04040 und 04230 (und ggf. Buchstabenzusatz gemäß Codiertabelle), wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnittes 4.5.4 des EBM abgerechnet werden
25	Neuropsychologische Therapie	Abschnitt 30.11 EBM GOP 30930, 30931, 30932, 30933, 30934, 30935 (sowie die Höchstwertregelung nach 30936 sowie 30937 gemäß Codiertabelle)
26	Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus (HIV-Resistenztestung)	Abschnitt 32.3 EBM GOP 32821 und 32822
27	Screening auf Gestationsdiabetes	GOP 01776, 01777 und 01812

28	Leistungen der rheumatologischen Versorgung	GOP 13700, 13701
29	Osteodensitometrie	GOP 34601
30	Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	GOP 04528, 04529, 13425, 13426
31	Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe	GOP 06334, 06335, 31371, 31372, 31373, 36371, 36372 und 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, 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 (gültig ab 01.04.2015)

(2) Die KV Thüringen übermittelt quartalsweise den Vertragspartnern eine Aufstellung der Ärzte mit entsprechenden Abrechnungsgenehmigungen der Nrn. 8, 10 bis 12 sowie der Nrn. 15, 17 bis 19, 25, 29, 30 und 31 nach Abs. 1 in maschinenlesbarer Form (csv-Format). Ergänzend zu Nr. 19 teilt die KV Thüringen quartalsweise den Vertragspartnern mit, welche ausschließlich schmerztherapeutisch tätigen Ärzte eine Genehmigung auf Fallzahlerhöhung (mit Anzahl) erhalten haben.

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

- Gesprächsleistungen 16220E, 21220E, 14220E, 14222E, 23220E
- Allergiediagnostik 30110E, 30111E, 30120E, 30121E und 30123E
- Chronische Wunde 02311E, 02312E, 10330E, 10340E
- Chirurgie nach Hautkrebsscreening 10341E, 10342E, 10343E, 10344E
- Steuerung der weiterführenden Diagnostik/Therapie, insbesondere bei Hauttumoren 07345E, 10345E, 15345E

Anlage 3 Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen

	Abr.-Nr.	Pauschale
Aufwandspauschale für ambulante Behandlung von Wachkomapatienten je Behandlungsfall	99210	150,00 €
Sachkosten Cergem	99250	52,87 €
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 doppellumige Ovarial-Biopsienadeln	99921	55,10 €
Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der sozialpsychiatrischen Behandlung (Das Nähere regeln die Vertragspartner in einer Ergänzungsvereinbarung.)	88895	
Onkologie-Vereinbarung		
Versorgungsebene Eins		
Behandlung florider Hämoblastosen	96500	15,50 €
Behandlung solider Tumore unter tumorspezifischer Therapie, Zusatzangaben erforderlich	96501	15,50 €
Intrakavitäre zytostatische Tumortherapie	96502	20,50 €
Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie	96507	10,50 €
Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie ab 2 Stunden	96508	26,00 €
Versorgungsebene Zwei		
Subkutane/intravasale zytostatische Tumortherapie, Zusatzangaben erforderlich	96503	164,00 €
Behandlung einer laboratoriumsmed. oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Systemerkrankung	96504	15,50 €
Orale zytostatische Chemotherapie, Zusatzangaben erforderlich	96505	61,50 €
Gabe von Bluttransfusionen oder Gabe von Apheresethrombozyten-konzentraten	96506	41,00 €
Gabe von Poolthrombozytenkonzentraten	96506A	60,00 €
Palliativversorgung von Tumorpatienten (gültig ab 01.04.2015)	96509	164,00 €

Wegepauschalen		Abr.-Nr.	Pauschale
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 KV Thüringen mit dem Großbuchstaben „N“ gesondert gekennzeichnet.

Sonderregelungen Pauschalen für Notfallambulanzen

	Abr.-Nr.	Pauschale
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 § 20d 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 KV Thüringen 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,
- Tränengangsröhrchen/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.

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 % 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 KV Thüringen 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 Auflicht-mikroskopie, 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 Auflicht-mikroskopie, sofern diese in derselben Behandlung wie eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß der Gebührenordnungsposition 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 „Metabolisches Syndrom“	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 „Metabolisches Syndrom“	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	50,00 €
Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U11	99042	50,00 €
Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der J2	99043	50,00 €

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

Leistungsbeschreibung	Abr.-Nr.	Vergütung
1. Für Vertragsärzte gemäß § 3 Abs. 1 abrechenbare Pauschalen:		
Bestimmung des Taillenumfangs 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 €

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

Leistungsbeschreibung	Abr.-Nr.	Vergütung
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 [2)] (drei Tests à 0,25 EUR)	99385	0,75 €

[2)] Zu beachten sind die Abrechnungsausschlüsse sowie die Ausfüllhinweise bei Überweisungen.

2.5 Vereinbarung zur Überweisungssteuerung – gültig ab 01.01.2015

Abr.-Nr.	Leistungsinhalt/Vergütungsvoraussetzungen	Vergütung
	Kategorie A	
99997A	**Überweisender Arzt** - 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	6,00 €
99998A	**Übernehmender Arzt** Terminvergabe, Diagnostik und/oder Behandlung und Befunddokumentation durch den auf Überweisung tätig werdenden Arzt spätestens am nächsten Werktag	16,00 €
	Kategorie B	
99997B	**Überweisender Arzt** - 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	5,00 €
99998B	**Übernehmender Arzt** Terminvergabe, Diagnostik und/oder Behandlung und Befunddokumentation durch den auf Überweisung tätig werdenden Arzt innerhalb von 1 Woche (7 Tage)	12,00 €

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