

**1. Nachtrag vom 17.03.2017 zur
Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit
Wirkung für das Jahr 2016
vom 26.07.2016**

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
Frau Andrea Epkes
- BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover,
- IKK classic,
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse,
- KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt/Main

und

den Ersatzkassen

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

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

Mit dem 1. Nachtrag zur Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2016 setzen die Vertragspartner die Beschlüsse des Bewertungsausschusses um, welche nach Abschluss der Vereinbarung festgesetzt wurden.

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 378. Sitzung am 10. August 2016 mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 neben der Einführung einer neuen Kostenpauschale eine Bewertungsänderung der Gebührenordnungsposition 34291 im Zusammenhang mit der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung bei Erbringung von Perkutanen Koronarinterventionen und Koronarangiographien vorgenommen, welche bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechend zu berücksichtigen ist.

In der 383. Sitzung des Bewertungsausschusses am 21. September 2016 wurde mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 die Aufnahme weiterer neuer Leistungen (Medikationsplan) in den EBM beschlossen. Zusätzlich hat der Bewertungsausschuss in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 die Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 2/2016 neugefasst und die zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung durchschnittliche indikationsspezifische historische Leistungsmenge je Patient für die Indikation pulmonale Hypertonie je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vorgegeben. Ergänzend wurde für die Indikation Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 386. Sitzung am 12. Dezember 2016 die zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung durchschnittliche indikationsspezifische historische Leistungsmenge je Patient ab dem Bereinigungsquartal 3/2016 verbindlich geändert.

Aufgrund der Aufhebung des Investitionskostenabschlages hat der Bewertungsausschuss in der 382. Sitzung am 31. August 2016, der 384. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in der 388. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) eine einmalige und basiswirksame Anhebung des Behandlungsbedarfs im Jahr 2016 beschlossen.

In Umsetzung dessen schließen die Vereinbarungspartner folgenden 1. Nachtrag zur Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2016.

I. Teil 3 § 2 Abs. 2 Buchstabe e) wird mit Wirkung ab 01.01.2016 um folgende Sätze ergänzt:

Der ermittelte kassenspezifische Aufsatzwert je Abrechnungsquartal wird aufgrund der Aufhebung des Investitionskostenabschlages jeweils um ein Viertel des kassenspezifischen Anteils am vom Bewertungsausschuss in seiner 388. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossenen Umfang basiswirksam angehoben. Der kassenspezifische Anteil berechnet sich dabei als Produkt aus dem vom Bewertungsausschuss für den Bezirk der KV Thüringen beschlossenen Umfang der quartalsweisen basiswirksamen Anhebung und dem relevanten Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung gemäß Feld 05 der Satzart AST_KRHS_C für das jeweilige Abrechnungs-IK, dividiert durch die jeweilige Summe der Leistungsbedarfe gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung gemäß Feld 06 der Satzart AST_KRHS_C.

II. Teil 3 § 2 Abs. 2 Buchstabe e) wird mit Wirkung ab 01.10.2016 um folgende Sätze ergänzt:

Zusätzlich erfolgt eine basiswirksame Anhebung um den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 34291 EBM (Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie) gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 378. Sitzung. Der Erhöhungsbetrag ergibt sich aus der Bewertungserhöhung der GOP 34291 EBM um 92 Punkte und der Multiplikation der Anzahl der kassenspezifisch abgerechneten GOP 34291 EBM im Vorjahresquartal.

- III. Gemäß der Punkte I. und II. wird die Anlage 1 (Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2016) neu gefasst. (siehe Anlage)
- IV. Die Anlage 1d (Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarf für Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)) inklusive Anhang wird mit Wirkung ab dem 2. Quartal 2016 neu gefasst. (siehe Anlage)
- V. Die Anlage 2 (Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung) wird wie folgt geändert bzw. ergänzt:

20	Narkosen bei zahnärztlichen Behandlungen bereichseigener Ärzte	GOP 05210, 05211, 05212, 05230, 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 (Zusatz Großbuchstaben „Z“, „Y“, „V“, „G“) (gültig ab 01.01.2016)
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 (gültig ab 01.10.2016)
42	Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der GOP 34291	GOP 40306 (gültig ab 01.10.2016)

- VI. Die Anlage 3 (Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen) wird mit Wirkung zum 01.01.2016 unter dem Punkt Onkologie-Vereinbarung wie folgt neu gefasst:

Onkologie-Vereinbarung

Versorgungsebene Eins

Behandlung florider Hämoblastosen	96500	15,96 €
Behandlung solider Tumore unter tumorspezifischer Therapie, Zusatzangaben erforderlich	96501	15,96 €
Intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie	96502	21,10 €
Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie	96507	10,81 €
Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie ab 2 Stunden	96508	26,77 €

Versorgungsebene Zwei

Subkutane/intravasale zytostatische Tumorthherapie, Zusatzangaben erforderlich	96503	168,84 €
Behandlung einer laboratoriumsmed. oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Systemerkrankung	96504	15,96 €
Orale zytostatische Chemotherapie, Zusatzangaben erforderlich	96505	63,31 €
Gabe von Bluttransfusionen oder Gabe von Apherese- thrombozytenkonzentraten	96506	42,21 €
Gabe von Poolthrombozytenkonzentraten	96506A	61,77 €
Palliativversorgung von Tumorpatienten	96509	168,84 €

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 17.03.2017

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

Anlagen

Anlage 1 Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2016

Anlage 1d Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs für Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ab dem Bereinigungsquartal 2/2016

- Anlage 1 -
Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes
sowie
der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
je Quartal 2016

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

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

Berechnung des vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs (BB) sowie Abstimmung Versicherungszahlen im Vorjahresquartal 2015

[1]	MGV-relevante Versicherungszahlen			
[2]	Korrekturdaten MGV-relevante Versicherungszahlen			
[3]	abgestimmte MGV-relevante Versicherungszahlen	[3] = [1]+[2]		
[4]	vereinbarter um die Selektivverträge bereinigter BB			
[5]	Korrekturdaten BB			
[6]	abgestimmter BB	[6] = [4]+[5]		
[6a]	Bereinigung BB Narkosen bei zahnärztlichen Leistungen (bereichseigene Ärzte)			
[6b]	Bereinigung der Leistungen Soziotherapie		gültig ab 2. Quartal 2016	
[7]	Differenzbereinigungsmenge ASV			
[8]	angepasster BB	[8] = [6]-[6a]-[6b]-[7]		

Berechnung des kassenspezifischen Anteils am angepassten BB im Vorjahresquartal 2015

[9]	abgerechneter LB in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals (incl. Korrekturen)			
[10]	kassenspezifischer prozentualer Anteil	[10] = [9]/GKV[9]		

Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes des angepassten BB im Abrechnungsquartal 2016

[11]	kassenspezifischer Aufsatzwert	[11] = GKV[8]*[10]		
[12]	Anhebung des Aufsatzwertes aufgrund der Aufhebung des Investitionskostenabschlages			
[13]	Anhebung des Aufsatzwertes aufgrund Höherbewertung GOP 34291 EBM (xxx – Anzahl der GOP)	[13] = Anzahl * 92,0		gültig ab 4. Quartal 2016
[14]	angepasster kassenspezifischer Aufsatzwert	[14] = [11]+[12]+[13]		
[15]	kassenspezifische Versichertenzahlen x. Quartal 2015			
[16]	kassenspezifische Versichertenzahlen x. Quartal 2016			
[17]	davon entfallene Versichertenzahlen x. Quartal 2016 je fusionierende Krankenkasse			
[18]	durchschnittl. Bereinigungsmenge für alle Selektivverträge			
[19]	Absenkung des Aufsatzwertes aufgrund Höherbewertung Psychotherapie			
[20]	korrigierter kassenspezifischer Aufsatzwert	[20] = ([14]/[15]*[16]) +[18]-[19]		
[21]	Bereinigungswert für die humangenetischen Anteile gem. BA-Beschluss in seiner 372. Sitzung			gültig ab 3. Quartal 2016
[22]	kassenspezifischer Aufsatzwert bereinigt um die humangenetischen Anteile	[22] = [20]-[21]		

**Verwendung des kassenspezifischen Aufsatzwertes des angepassten BB im
Abrechnungsquartal 2016**

[23]	kassenspezifischer Aufsatzwert be- reinigt um die humangenetischen Anteile	[23] = [22]		
[24]	zuzügl. Veränderungsrate der Morbidi- tätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 SGB V (1,8332 %)	[24] = [23]*0,018332		
[25]	Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge			
[26]	endgültiger kassenspezifischer Auf- satzwert (Behandlungsbedarf)	[26] = [23]+[24]-[25]		
	kassenspezifische MGV berechnet mit PW 10,4361 €-Cent	[27] = [26]*0,104361		

[1]	MGV-relevante Versichertenzahlen	Vers_von KV aus Satzart „KASSRG87aMGV_SUM“ bzw. „..._IK“
[2]	Korrekturdaten MGV-relevante Versichertenzahlen	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[4]	vereinbarter um die Selektivverträge bereinigter BB	BB_von KV aus Satzart „KASSRG87aMGV_SUM“ bzw. „..._IK“
[5]	Korrekturdaten BB	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[6a]	Bereinigung BB Narkosen bei zahnärztlichen Leistungen (bereichseigene Ärzte)	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[6b]	Bereinigung der Leistungen Soziotherapie (ab 2. Quartal 2016)	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[7]	Differenzbereinigungsmenge ASV	siehe Anlage 1d
[9]	abgerechneter LB in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals (incl. Korrekturen)	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[11]	kassenspezifischer Aufsatzwert	angepasster BB multipliziert mit kassenspezifischem prozentualen Anteil
[12]	Anhebung des Aufsatzwertes aufgrund der Aufhebung des Investitionskostenabschlages	basiswirksame Anhebung aufgrund der Aufhebung des Investitionskostenabschlages jeweils um ein Viertel des kassenspezifischen Anteils gem. BA-Beschluss in seiner 388. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossenen Umfang (siehe Tabellenblatt Investitionskostenabschlag)
[13]	Anhebung des Aufsatzwertes aufgrund Höherbewertung GOP 34291 EBM	Daten aus der Satzart ARZTRG87aKA_IK bzw. ARZTRG87aKA_SUM (ggf. incl. Berücksichtigung Fusionen); Anzahl der kassenspezifischen abgerechneten GOP 34291 EBM aus dem Vorjahresquartal * Erhöhung um 92 Punkte
[14]	angepasster kassenspezifischer Aufsatzwert	kassenspezifischer Aufsatzwert zzgl. Erhöhung aufgrund der Aufhebung des Investitionskostenabschlages sowie der Höherbewertung der GOP 34291 EBM
[15]	kassenspezifische Versichertenzahlen x. Quartal 2015	wie 1., aber nur aus Satzart „KASSRG87aMGV_IK“
[16]	kassenspezifische Versichertenzahlen x. Quartal 2016	Versicherte, Wohnausländer und Betreute aus Satzart „ANZVER87a“
[17]	davon entfallene Versichertenzahlen x. Quartal 2016 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
[18]	durchschnittliche Bereinigungsmenge für alle Selektivverträge	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK
[19]	Absenkung des Aufsatzwertes aufgrund Höherbewertung Psychotherapie	siehe Anlage 1b
[20]	korrigierter kassenspezifischer Aufsatzwert	kassenspezifischer Aufsatzwert dividiert durch kassenspezifische Vers.-zahlen 2015 und multipliziert mit kassenspezifischen Vers.-zahlen 2016 sowie zuzüglich durchschnittliche Bereinigungsmenge für alle SV-Verträge und abzüglich der Absenkung wegen der Bereinigung aufgrund der Bereinigung Psychotherapie

1. Nachtrag vom 17.03.2017 zur Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen
mit Wirkung für das Jahr 2016 vom 26.07.2016

[21]	Bereinigungswert für die humangenetischen Anteile gem. BA-Beschluss in seiner 372. Sitzung	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK Berechnungsweise siehe Beschluss des BA in seiner 372. Sitzung
[22]	kassenspezifischer Aufsatzwert bereinigt um die humangenetischen Anteile	korrigierter kassenspezifischer Aufsatzwert abzüglich dem Bereinigungswert für die humangenetischen Anteile
[25]	Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK
[27]	kassenspezifische MGV berechnet mit PW 10,4361 €-Cent	wurde eine Fusion nicht voll umfänglich vollzogen, dann erfolgt bei der Berechnung der kassenspezifischen MGV folgende Berechnung: endgültiger kassenspezifischer Aufsatzwert (ist identisch für alle Fusionskassen) geteilt durch Summe der Versicherten aller Fusionskassen des entsprechenden Abrechnungsquartals 2016 und multipliziert mit den Versicherten der jeweiligen Fusionskasse des entsprechenden Abrechnungsquartals 2016; anschließend erfolgt hierzu noch die Bewertung mit dem PW 10,4361 €-Cent

- 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 1d, Teil 1 -
**Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs für Leistungen
der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)
ab dem Bereinigungsquartal 2/2016**

ASV-Indikation	Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel	Inkrafttreten der Indikation	Quartale 1-12 nach Inkrafttreten	ab dem 13. Quartal nach Inkrafttreten	Bereinigungsbeitrag je ASV-Patient gemäß BA-Beschluss
Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	2A0100	24.04.2014	3/2014 – 2/2017	3/2017	93,00 €
Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	1A0100	26.07.2014	4/2014 – 3/2017	4/2017	281,00 € (bis 2/2016) 208,00 € (ab 3/2016)
Marfan-Syndrom	2K0100	30.06.2015	3/2015 – 2/2018	3/2018	165,26 €
Pulmonale Hypertonie	2L0100	01.06.2016	3/2016 – 2/2019	3/2019	76,00 € (ab 3/2016)
Gynäkologische Tumoren	1A0200	10.08.2016	4/2016 – 3/2019	4/2019	

**- Anlage 1d, Teil 2 -
Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs für Leistungen
der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)
für die Quartale 1 bis 12 nach Inkrafttreten einer ASV-Indikation
ab dem Bereinigungsquartal 2/2016**

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

			Tuberkulose und atypische Mykobak- teriose	Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	Marfan- Syndrom	Pulmonale Hypertonie	Gynäkologische Tumoren
[1]	Höchstwert der ASV-Indikation (Patientenzahl im Vorjahresquartal (VJQ)) § 5 Abs. 1 und 2 Anhang zu Anlage 1d						
[2]	ASV-Patientenzahl in ausschließlich vertragsärztlichen Teams (ANZASV116b_SUM Feld 05 = 1)						
[3]	ASV-Patientenzahl in gemischten Teams und ausschließlich Krankenhaus-Teams (ANZASV116b_SUM Feld 05 = 2 und 3)						
[4]	ASV-Patienten §116b (alt) gem. Satzart ANZ116bALT_SUM (im VJQ zum entsprechenden Bereinigungsquartal im ersten Bereinigungsjahr)						
[5]	Umrechnungsfaktor ASV-Patienten alt zu neu der jeweiligen ASV-Indikation gemäß Vorgaben des BA		1	0,43 (bis 2/2016) 0,93 (ab 3/2016)	1	1 (ab 3/2016)	
[6]	Zwischenschritt Anrechnung 116b-Patienten(alt)	[6]=(0,5*([3]-2*[4]*[5]))					

1. Nachtrag vom 17.03.2017 zur Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen
mit Wirkung für das Jahr 2016 vom 26.07.2016

[7]	Anzahl bereinigungsrelevanter ASV-Patientenzahl in gemischten und ausschließlich Krankenhaus-Teams	$[7]=((0,5*[3])+max\{0; [6]\})$					
[8]	Summe bereinigungsrelevanter ASV-Patienten	$[8]=[2]+[7]$					
[9]	Anzahl bereinigter ASV-Patienten im VJQ						
[10]	Differenz Anzahl bereinigungsrelevanter ASV-Patienten zu bereits bereinigten ASV-Patienten im VJQ	$[10]=[8]-[9]$					
[11]	Anzahl bereinigungsrelevanter ASV-Patienten unter Berücksichtigung des Höchstwertes	$[11]= \text{mind.}\{[1]; [10]\}$					
[12]	Bereinigungsbeitrag je ASV-Patient		93,00 €	281,00 € (bis 2/2016) 208,00 € (ab 3/2016)	165,26 €	76,00 € (ab 3/2016)	
[13]	Bereinigungsbeitrag	$[13]=[11]*[12]$					
[14]	Veränderungsraten nach § 6 Abs. 1b Anhang zu Anlage 1d						
[14a]		2013					
[14b]		2014					
[14c]		2015					
[15]	vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf GKV des VJQ						
[16]	festgestellte Leistungsmenge nach Euro-GO GKV des VJQ						
[17]	Differenzbereinigungsmenge	$[17]=([13]*[14a],[14b], [14c]*([15]/[16])/0,104361)$					

1. Nachtrag vom 17.03.2017 zur Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen
mit Wirkung für das Jahr 2016 vom 26.07.2016

[7]	Anzahl bereinigungsrelevanter ASV-Patientenzahl in gemischten und ausschließlich Krankenhaus-Teams	[7]=max{0; [6]}					
[8]	Summe bereinigungsrelevanter ASV-Patienten	[8]=[2]+[7]					
[9]	Anzahl bereinigter ASV-Patienten im VJQ						
[10]	Differenz Anzahl bereinigungsrelevanter ASV-Patienten zu bereits bereinigten ASV-Patienten im VJQ	[10]=[8]-[9]					
[11]	Anzahl bereinigungsrelevanter ASV-Patienten unter Berücksichtigung des Höchstwertes	[11]= mind. {[1]; [10]}					
[12]	Bereinigungsbeitrag je ASV-Patient		93,00 €	281,00 € (bis 2/2016) 208,00 € (ab 3/2016)	165,26 €	76,00 € (ab 3/2016)	
[13]	Bereinigungsbeitrag	[13]=[11]*[12]					
[14]	Veränderungsraten nach § 6 Abs. 1b Anhang zu Anlage 1d						
[14a]		2013					
[14b]		2014					
[14c]		2015					
[15]	vereinbarer, bereinigter Behandlungsbedarf GKV des VJQ						
[16]	festgestellte Leistungsmenge nach Euro-GO GKV des VJQ						
[17]	Differenzbereinigungsmenge	[17]=([13]*[14a],[14b],[14c]*([15]/[16])/0,104361)					

Anhang zu Anlage 1d

Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs für Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ab dem Bereinigungsquartal 2/2016

Präambel

Aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V ist ein Verfahren zur basiswirksamen Bereinigung des Behandlungsbedarfs erforderlich. Hierbei gelten – soweit in dieser Vereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist – die Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 sowie die jeweiligen indikationsspezifischen Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses. Sofern Anpassungen der maßgeblichen Beschlüsse vorliegen, werden diese in der MGV-Vereinbarung berücksichtigt.

§ 1 Begriffsdefinitionen

- (1) **Leistungsquartal** ist das Quartal, in dem die ASV- Leistungen erbracht werden.
- (2) **Abrechnungsquartal** ist das Quartal, für das Leistungen aus einem Leistungsquartal bei den Krankenkassen abgerechnet werden. Wird eine Abrechnung bis zum 15. des dritten Monats nach dem Leistungsquartal bei der Datenannahmestelle der Krankenkasse eingereicht, entspricht das Abrechnungsquartal dem Leistungsquartal. (Beispiel: Eingang der Abrechnung vom 16.09. bis zum 15.12. eines Jahres - Zuordnung zum Abrechnungsquartal 3 eines Jahres usw.). Bei späterem Rechnungseingang wird die Abrechnung dem Folgequartal zugeordnet.
- (3) **Bereinigungsquartal** ist das Quartal, für das die Bereinigung durchgeführt wird. Je ASV-Indikation gibt es 16 Bereinigungsquartale. Die Bereinigung beginnt mit dem zweiten und endet mit dem 17. Abrechnungsquartal.

§ 2 Grundsätze

- (1) Es werden nur Leistungen für Versicherte mit Wohnsitz in Thüringen bereinigt.
- (2) Die Bereinigung erfolgt indikations- und KV-spezifisch.
- (3) Die Bereinigung erfolgt jeweils für ein Abrechnungsquartal basiswirksam in Höhe des gegenüber dem Vorjahresquartal festzustellenden Differenzbereinigungsvolumens.
- (4) Doppelbereinigungen aufgrund eventueller Überschneidungen der Bereinigung wegen ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung mit anderen im SGB V genannten Bereinigungsanlässen sind ausgeschlossen.
- (5) Die Krankenkassen stellen sicher, dass ein ASV-Patient je Leistungsquartal und je Indikation nur einmal auf Basis der ersten bei den Krankenkassen dafür eingehenden Abrechnung bereinigt wird, dies gilt unabhängig davon, von wie vielen weiteren Mitgliedern des ASV-Teams zu späteren Zeitpunkten Abrechnungen bei den Krankenkassen für die ASV-Leistungserbringung bei diesem Patienten im betreffenden Quartal eingehen sollten.

§ 3 Beginn und Ende der ASV-Bereinigung

- (1) Die ASV-Bereinigung beginnt indikations- und KV-spezifisch mit dem Folgequartal zu dem Abrechnungsquartal, in dem die erste ASV-Abrechnung für Versicherte mit Wohnort in Thüringen erfolgt ist, unabhängig davon, in welchem KV-Bezirk die ASV-Leistungen erbracht wurden.
- (2) Mit der erstmaligen Lieferung einer indikationsspezifischen Anzahl an ASV-Patienten durch die KBV bzw. den GKV-Spitzenverband (Satzart ANZASV116b_SUM) wird festgestellt, dass im Folgequartal eine ASV-Bereinigung durchzuführen ist.
- (3) Die Bereinigung wird indikationsspezifisch für zunächst 4 Jahre ab dem jeweils ersten KV- und indikationsspezifischen Bereinigungsquartal gemäß Absatz 1 durchgeführt.

§ 4 Ermittlung des Bereinigungsvolumens je ASV-Patient

Vom Bewertungsausschuss wird je ASV-Indikation die durchschnittliche KV-spezifische historische Leistungsmenge je Patient in Euro auf Basis der jeweils aktuellen Version der Daten der Geburtstagsstichprobe für den KV-Bereich Thüringen festgelegt. Falls die regional vereinbarte Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in der vom Institut des Bewertungsausschusses verwendeten Datengrundlage im Zeitverlauf von der zur Berechnung verwendeten Abgrenzung der MGV abweicht, verständigen sich die Vertragspartner über eine ggf. notwendige Anpassung des Bereinigungsbetrages je ASV-Patient (Anlage 1d).

§ 5 Ermittlung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahl

- (1) Die KV Thüringen ermittelt für die ersten zwölf Bereinigungsquartale indikationsspezifisch und quartalsweise die Anzahl der im Vorjahresquartal des jeweiligen Bereinigungsquartals vertragsärztlich behandelten Patienten, welche den im jeweiligen indikationsspezifischen Beschluss definierten Abgrenzungskriterien genügen (Höchstwert der zu bereinigenden ASV-Patienten) und teilt diese den kassenseitigen Gesamtvertragspartnern in Summe und für die einzelnen Krankenkassen der jeweiligen Kassenart auch kassenspezifisch bis zum Ende des zweiten Monats nach dem jeweiligen Bereinigungsquartal mit.

Für die Bereinigungsquartale dreizehn bis sechzehn sind die jeweils für das Vorjahresquartal festgestellten KV- und indikationsspezifischen Höchstwerte der Bereinigungsquartale neun bis zwölf unverändert zu übernehmen.

- (2) Die Mitteilung erfolgt mittels der Satzart ANZASV116b_HOECHSTWERT.
- (3) Nach Lieferung der Höchstwerte haben die Krankenkassen die Gelegenheit, die Daten bis zum 15. des vierten Monats nach dem Bereinigungsquartal zu prüfen und mit der KV Thüringen abzustimmen. Festgestellte Implausibilitäten werden der KV Thüringen schriftlich mitgeteilt.
- (4) Je Bereinigungsquartal wird bis zum 15. des vierten Monats nach dem jeweiligen Quartal indikationsspezifisch die tatsächlich zu bereinigende Zahl der ASV-Patienten mit Wohnort in Thüringen auf Basis der bereitgestellten Daten (ANZASV116b_SUM) wie folgt ermittelt:
 - a) Ermittlung bei ASV-Team-Kennzeichen „ausschließlich Krankenhausärzte (2)“ und „gemischtes Team (3)“

In den ersten zwölf Quartalen nach Inkrafttreten einer ASV-Indikation wird die Berechnung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung Punkt 2 Nr. 10 erster Spiegelstrich durchgeführt (siehe Anlage 1d, Teil 2).

In den Quartalen 13 ff. nach Inkrafttreten einer ASV-Indikation wird die Berechnung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung Punkt 2 Nr. 10 zweiter Spiegelstrich durchgeführt (siehe Anlage 1d, Teil 3).

- b) Ermittlung bei ASV-Team-Kennzeichen „ausschließlich Vertragsärzte (1)“

Die Zahl der ASV-Patienten mit ASV-Team-Kennzeichen „1“ geht ohne diese Kürzung in die Patientenzahl ein.

- c) Die Anzahl der bereinigten ASV-Patienten des Vorjahresquartals wird von der Summe der nach a) und b) ermittelten Patientenzahl abgezogen und durch die Gesamtvertragspartner auf den gemeinsam und einheitlich ermittelten Höchstwert gemäß Abs. 2 begrenzt. Dies ergibt die zu bereinigende Anzahl an ASV-Patienten des jeweiligen Quartals.

§ 6

Ermittlung der Differenzbereinigungsmenge

- (1) Die indikationsspezifische und quartalsweise Differenzbereinigungsmenge wird wie folgt ermittelt:

a) Der Wert nach § 4 in Euro wird mit dem Wert nach § 5 c) multipliziert.

b) Das ungerundete Ergebnis nach a) wird um die jeweiligen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V sowie die basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses, jeweils bezogen auf den Zeitraum zwischen dem vom Institut des Bewertungsausschusses bei der Berechnung der historischen indikationsspezifischen Leistungsmengen verwendeten Datenjahr und dem Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals, fortentwickelt.

c) Das ungerundete Ergebnis nach b) wird mit dem Verhältnis des für den Bezirk der KV Thüringen im Vorjahresquartal insgesamt vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf zur für das Vorjahresquartal insgesamt festgestellten Leistungsmenge nach Euro-GO jeweils unter Berücksichtigung der MGV-Abgrenzung des Bereinigungsquartals multipliziert und durch den aktuellen regionalen Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V dividiert und ergibt somit die Differenzbereinigungsmenge des jeweiligen Quartals in Punkten (auf 1 Nachkommastelle kaufmännisch gerundet).

- (2) Es wird quartalsweise die indikationsübergreifende Differenzbereinigungssumme als Summe der indikationsspezifischen Differenzbereinigungsmengen gebildet. Die indikationsspezifischen Differenzbereinigungsmengen wie auch die Summe aller Differenzbereinigungsmengen können positiv oder negativ sein.

§ 7

Differenzbereinigung

Die Feststellung des basiswirksamen Differenzbereinigungsvolumens erfolgt spätestens bis zum Ende des vierten Monats des Bereinigungsquartals. Die basiswirksame Bereinigung erfolgt in Schritt 7 der Anlage 1 durch Abzug der für das aktuelle Quartal für alle zu berücksichtigenden Indikationen insgesamt nach § 6 Abs. 2 bestimmten indikationsübergreifenden

Differenzbereinigungssumme in Punkten vom vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals.

§ 8
Datenlieferungen der Krankenkasse

Die Krankenkassen liefern die Satzart ANZASV116b_LANR quartalsweise für jede spezialfachärztliche Indikation jeweils beginnend mit dem Folgequartal des Abrechnungsquartals bis zum Ende des dritten auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats an die KV Thüringen.

Datensatzbeschreibung Höchstwert **ab dem Bereinigungsquartal 2/2016**

ASV-Bereinigung: Höchstwert-Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen

1. Lieferzyklus

Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung (nachfolgend Beschluss genannt) am 21. September 2016, Nr. 2, Ziffer 9 ermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen indikationsspezifisch und quartalsweise für jedes Bereinigungsquartal gemäß Nr. 2, Ziffer 3 dieses Beschlusses die Anzahl der im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals vertragsärztlich behandelten Patienten, welche gemäß Nr. 4 des Beschlusses den im jeweiligen indikationsspezifischen Beschluss definierten Abgrenzungskriterien genügen.

Die KV Thüringen teilt diese Anzahlen den regionalen Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Summe (GKV-weit) und für die der jeweiligen Empfängerarten angehörige Krankenkassen auch kassenspezifisch jeweils bis zum Ende des zweiten Monats nach einem Bereinigungsquartal mit. Die Mitteilung erfolgt in der Satzart ANZASV116b_HOECHSTWERT; die Feststellung der Empfängerarten erfolgt auf Basis der Kassenartenzugehörigkeit des Kostenträgers im betrachteten Leistungsquartal, d. h. im Vorjahresquartal zum Bereinigungsquartal.

2. Kompression und Verschlüsselung

Datenlieferant und Datenempfänger vereinbaren jeweils das Nähere zum Übertragungsweg unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben.

Der jeweilige Empfänger bestätigt jeden Dateneingang unverzüglich durch Rückmeldung per E-Mail an den vom Absender benannten Ansprechpartner.

3. Dateibeschreibung

Die Daten sind jeweils in einer logischen Datei im CSV-Format mit variabler Nutzdatenlänge zu liefern. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-15 verwendet. Jeder Datensatz steht in einer eigenen Zeile, die durch die Zeichenfolge CarriageReturn/LineFeed (Hexadezimalcode 0x0D 0x0A) abgeschlossen wird. Als Ganzzahltrennzeichen im Dezimalformat ist das Komma zu verwenden. Die Darstellung von numerischen und Dezimal-Daten erfolgt ohne Tausender-Punkt. Zeichenketten werden nicht durch Textbegrenzungszeichen eingeschlossen. Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Es sind keine Spaltenüberschriften zu liefern.

Für die Satzart ist folgende Dateinamenskonvention vorgesehen:

ANZASV116b_HOECHSTWERT_Bereinigungsquartal_Vorjahresquartal_gesamtvertrags-
zuständige KV_Empfängerarten_Version.Endung

Format:

ANZASV116b_HOECHSTWERT_JJJJQ_JJJJQ_CC_CC_CCC.Endung

Die Version bezeichnet fortlaufend die Nummer der einzelnen Erst-/Korrekturlieferungen der jeweiligen Satzart, beginnend mit „001“. Die Endung ist entweder csv (vor Verschlüsselung) oder zip (nach Verschlüsselung).

Satzart ANZASV116b_HOECHSTWERT – Anzahl vertragsärztlich behandelter ASV-Patienten nach Einzelkassen und GKV-weit

Dateiumfang:
Abgrenzung: Die Zahl der vertragsärztlichen ASV-Patienten ist gegliedert nach gesamtvertragszuständiger KV (WOP-KV), Bereinigungsquartal, Leistungsquartal, ASV-Indikation, Abrechnungs-IK und Empfänger-Kassenart zu übermitteln. Dabei ist für jeden aus der Kombination aus Leistungsquartal, ASV-Indikation und Abrechnungs-IK definierten vertragsärztlichen ASV-Leistungsfall nur eine einmalige Zählung des in diesem Fall behandelten Patienten vorzunehmen.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 05 eindeutig identifiziert.

Feld Nr.	Feld	Feld art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	22	alphanum.	konstant "ANZASV116b_HOECHSTWERT"
01	Gesamtvertrags-zuständige KV	M	2	alphanum.	Nummer der im jeweiligen Abrech-nungsquartal für den Gesamtvertrag zuständigen Kassenärztlichen Ver-einigung (WOP-KV), in welcher die Bereinigung vorgenommen wird, gemäß Schlüsselverzeichnis 2
02	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, in dem die MGV für ASV-Leistungen bereinigt wird, im Format JJJJQ
03	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Vorjahr, in dem ASV-Leistungen (noch) vertragsärztlich erbracht wurden, im Format JJJJQ
04	ASV-Indikation	M	6	alphanum.	Kennzeichnung aus Anlage 4 „Erkrankungs- und Leistungsbereichs-schlüssel“ zur Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungs-verfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezial-fachärztliche Versorgung (ASV-AV)

1. Nachtrag vom 17.03.2017 zur Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2016 vom 26.07.2016

Feld Nr.	Feld	Feld art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
05	Abrechnungs-IK	M	9	alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse im Vorjahres-Leistungsquartal laut Schlüsselverzeichnis 8a gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 350. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)*. Für die Meldung der GKV-weiten Anzahl der im Vorjahres-Leistungsquartal vertragsärztlich behandelten ASV-Patienten wird das fiktive Abrechnungs-IK "999999999" gesetzt. Dieses ist einschließlich der zugehörigen Anzahl vertragsärztlich behandelter ASV-Patienten je Kombination aus gesamtvertragszuständiger KV (WOP-KV), Bereinigungsquartal, Leistungsquartal, ASV-Indikation und Datenempfänger-Kassenart einmal zu melden (Mehrfachzuordnung des fiktiven Abrechnungs-IKs "999999999" nach Datenempfänger-Kassenart).
06	Datenempfänger-Kassenart	M	2	alphanum.	Kassenart des Kostenträgers im Vorjahres-Leistungsquartal laut Schlüsselverzeichnis 1 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 350. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)*.
07	Anzahl vertrags-ärztlich behandelte ASV-Patienten	M	≤ 8	numerisch	Anzahl der im Vorjahres-Leistungsquartal vertragsärztlich behandelten ASV-Patienten

* Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 350. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) werden die Schlüsselverzeichnisse vom Institut des Bewertungsausschusses versioniert und auf dessen Internetseiten unter <http://institut-ba.de/service> sowohl als Lesefassungen im pdf-Format als auch maschinell verarbeitbar im csv-Format veröffentlicht.