



## Editorial

---

Wie funktioniert Gerechtigkeit?

## Amtliche Bekanntmachung

---

Amtliche Wahlbekanntmachung

## Ihre Fachinformationen

---

- **Abrechnung/Honorarverteilung**
  - Abrechnungs-Sammelerklärung für die kommende Quartalsabrechnung 1
  - EBM-Änderungen zum 01.07.2016 1
  - Überweisung von DMP-Patienten 2
  - Hinweise zur Abrechnung 3
  
- **Verordnung und Wirtschaftlichkeit**
  - Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie 4
  - Aktuelle Vergütungslisten der Heilmittel-Leistungen 5
  - Änderungen der Krankentransport-Richtlinie 5
  - FSME-Risikogebiete – aktuelle Übersichtskarte 5
  
- **Disease-Management-Programme**
  - Berichte der Gemeinsamen Einrichtung 6
  
- **Qualitätssicherung**
  - Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA tritt zum 01.07.2016 in Kraft 7
  - Spezialisierte geriatrische Diagnostik ab 01.07.2016 qualitätsgesichert 7
  
- **Verträge**
  - Vertrag zur Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung mit der BARMER GEK 8
  
- **Alles was Recht ist**
  - Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag 10
  
- **Ärztliche Selbstverwaltung**
  - Wahl der Vertreterversammlung für die Amtszeit 2017 – 2022: Stellen Sie sich als Kandidat vor! 10
  
- **Informationen**
  - Antibiotika in der Hausarztpraxis – Atemwegsinfektionen im Fokus 11

## Terminkalender

---

Termine zur Abrechnungsannahme für das 2. Quartal 2016	12
Pharmakotherapeutischer Arbeitskreis Jena	12
Fortbildungsveranstaltungen der KV Thüringen	13
Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen	15

## Anlagen

---

- Anlage 1 – Vergütungslisten der Heilmittel-Leistungen
- Anlage 2 – Krankentransport-Richtlinie (Stand: 18.02.2016)
- Anlage 3 – Praxisinformationen zum Thema Geriatrie
- Anlage 4 – Musterformular „Kandidatenvorstellung“

## Beilagen

---

- Abrechnungs-Sammelerklärung
- Interessante Fortbildungsveranstaltungen einschl. Anmeldeformular (gelbes Blatt)
- Flyer „Praxismanagement“ zum Bachelor-Studiengang an der Hochschule Magdeburg-Stendal

---

## Impressum

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

verantwortlich: Sven Auerswald, Hauptgeschäftsführer

Redaktion: Babette Landmann, Stabsstelle Kommunikation/Politik

Telefon: 03643 559-0

Telefax: 03643 559-191

Internet: [www.kvt.de](http://www.kvt.de)

E-Mail: [info@kvt.de](mailto:info@kvt.de)

Druck: Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH

## Wie funktioniert Gerechtigkeit?

IHRE STIMME  
für die Selbstverwaltung  
KV-WAHL 2016

Sehr geehrte Damen und Herren,

eine Kassenärztliche Vereinigung hat unter ihren Mitgliedern sowohl Angenehmes als auch Belastendes zu verteilen. Der Anspruch, dabei möglichst gerecht zu verfahren, ist unsere tägliche Herausforderung. Die Beurteilung, wie das gelingt, fällt immer wieder sehr subjektiv aus – je nach persönlicher Betroffenheit.

Beispiel 1: Ein Arzt findet es sinnlos, dass er sich im KV-Bereitschaftszimmer aufhalten muss, obwohl ihn der Fahrer bei einem Einsatz auch von zu Hause abholen könnte. Vorher hatte sich ein anderer beschwert, dass die Stadtkollegen von zu Hause aus Dienst machen können, während Landärzte für gleiches Honorar in der Zentrale übernachten müssen. Als „gerechte Lösung“ wurde dann eine Vergütung der Präsenzzeit in der Zentrale eingeführt, verbunden mit gleicher Anwesenheitspflicht für alle – die gilt nun auch für nahe Wohnende.

Beispiel 2: Patienten, die in keiner Vertragsarztpraxis ihres Bereiches drankommen, müssen durch die KV vermittelt werden. Was sind gerechte Kriterien für die Auswahl? Wir bewerten in erster Linie unterdurchschnittliche Fallzahlen als Hinweis darauf, dass eine Patientenzuweisung verkraftbar wäre. Das scheint zwar im Allgemeinen als „gerechter Ansatz“ nachvollziehbar zu sein, von den Betroffenen aber eher selten.

Beispiel 3: Die Thüringer Honorarverteilung wird deutlich breiter akzeptiert, seitdem sie innerhalb

der Versorgungsbereiche dem Leistungsprinzip folgt: das anteilige Leistungsvolumen eines Quartals bestimmt das anteilige Honorarvolumen im Nachjahresquartal, sowohl fachgruppenbezogen als auch individuell. Dennoch gibt es immer wieder Diskussionen zur Honorargerechtigkeit, deren Verbesserung sich jeder Beteiligte natürlich zu den eigenen Gunsten vorstellt.

Wir investieren als ärztlicher Vorstand viel Energie in den berufspolitischen und interkollegialen Frieden, denn der Zusammenhalt unseres Berufsstandes ist die wichtigste Voraussetzung für eine gedeihliche Entwicklung unserer Gemeinschaft. Sollten Sie sich einmal persönlich ungerecht behandelt fühlen, suchen Sie gern den direkten Kontakt zu Frau Dr. Rommel oder mir – Anruf genügt. Falls Sie aber hinter diesem Thema auf den allgegenwärtigen innerärztlichen Spaltpilz treffen, der durch Desinformation ausgesät wird und sich von Neid und Egoismen nährt, argumentieren Sie bitte selbstbewusst: Nur gemeinsam sind wir stark!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Thomas Schröter  
2. Vorsitzender



**Amtliche Wahlbekanntmachung  
gemäß § 13 der Wahlordnung  
der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen**

Die Wahl der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen für die Amtszeit 2017 bis 2022 findet als Briefwahl in der Zeit vom

**12.09.2016 (00:00 Uhr) bis 23.09.2016 (24:00 Uhr)**

statt.

Die Wahlbriefe sind während dieser Zeit an den

**Wahlausschuss  
der  
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar**

zu übersenden.

Zum Stichtag am 01.01.2016 sind gemäß § 5 der Wahlordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen im Wahlgebiet, dem Freistaat Thüringen, 3.897 Mitglieder wahlberechtigt. Hierbei handelt es sich um 3.496 Ärzte sowie 401 Psychologische Psychotherapeuten.

30 Vertreter können in die Vertreterversammlung gewählt werden.

**Ab Veröffentlichung dieser Wahlbekanntmachung**, d. h. mit Zugang dieses Rundschreibens, **bis zum 14.08.2016 (24:00 Uhr)** sind die **Wahlvorschläge** beim Wahlausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar, einzureichen.

**Weitere Informationen finden Sie unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de).**



## Abrechnung/Honorarverteilung

### Abrechnungs-Sammelerklärung für die kommende Quartalsabrechnung

Mit diesem Rundschreiben erhalten Sie das Formular „Abrechnungs-Sammelerklärung“ für die kommende Quartalsabrechnung. Bitte beachten Sie, dass zu einer kompletten Quartalsabrechnung auch die Abrechnungs-Sammelerklärung sowie die Fallzusammenstellung/Fallstatistik gehören. Bitte senden Sie die Papierunterlagen zeitnah zu uns. Achten Sie außerdem darauf, die Abrechnungs-Sammelerklärung zu unterschreiben und mit Ihrem Vertragsarztstempel abzustempeln.

### EBM-Änderungen zum 01.07.2016

#### 1. Patientenadaptiertes Narkosemanagement bei Kataraktchirurgie

Ab 01.07.2016 erhalten Anästhesisten im Rahmen der Kataraktchirurgie die Möglichkeit, entsprechend der medizinischen Notwendigkeit und patientenindividuell zwischen den Verfahren Analgesie bzw. Sedierung, Narkose und Überwachung der Vitalfunktion („Stand-by“) auszuwählen bzw. diese Verfahren stufenweise zu kombinieren.

Für ein patientenadaptiertes Narkosemanagement im Zusammenhang mit einem intraocularen Eingriff der Kategorie 1 und 2 wurden die anästhesiologischen Verfahren Analgesie bzw. Sedierung (GOP 31830/31831), Narkose (GOP 31821/31822) und Vitalfunktion (GOP 05340) in einer Pauschale zusammengefasst.

- Jedem operativen Eingriff ist jeweils eine neue Pauschale für das Narkosemanagement zugeordnet.

Intraocularer Eingriff (GOP)	Anästhesiepauschale (GOP)
31350	31840
31351	31841
36350	36840
36351	36841

- Weiterer obligater Leistungsinhalt der neuen Pauschalen ist die präanästhesiologische Untersuchung entsprechend der GOP 05310.
- Die GOP 05315 wird als Zuschlag zu den neuen Pauschalen aufgenommen.
- Die bisherigen GOP 31830, 31831, 36830 und 36831 für die Analgesie bei Phakoemulsifikation werden gestrichen.
- Im Anhang 2 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) werden den OPS-Kodes, die in einen intraocularen Eingriff nach den GOP 31350, 31351, 36350 oder 36351 münden, die neuen Anästhesiepauschalen zugeordnet.
- Zusätzlich werden die GOP 05320, 31801, 31820, 36801 und 36820 zur Anpassung an den aktuellen medizinischen Stand um die gängigen Verfahren der parabolbaren Anästhesie erweitert.

#### 2. Bereich Humangenetik im EBM grundlegend überarbeitet

Der Bereich Humangenetik im Kapitel 11 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) wurde grundlegend überarbeitet. Darüber hinaus werden einige Leistungen ab dem 01.07.2016 extrabudgetär vergütet. Darauf haben sich KBV und Krankenkassen im Bewertungsausschuss geeinigt.

Zu den Änderungen gehört, dass die humangenetischen Leistungen im EBM künftig in konstitutionelle genetische Untersuchungen und in tumorgenetische Untersuchungen gegliedert sind. Im Kapitel 11 verbleiben die konstitutionellen genetischen Untersuchungen als neugefasster Abschnitt 11.4. Die tumorgenetischen Leistungen befinden sich im neuen Abschnitt 19.4 des EBM.

### ▪ **Wesentliche Änderungen**

Eine wesentliche Neuerung ist, dass sich die Leistungsbeschreibungen zu den einzelnen Gebührenordnungspositionen (GOP) künftig an dem zugrunde liegenden Mutationsmechanismus orientieren. Damit wird die bisherige methodische von einer pathogenetischen Beschreibung abgelöst.

Der Fokus liegt auf der Fragestellung, die mit einer genetischen Untersuchung beantwortet werden soll. Dieses Vorgehen ermöglicht (weitgehend) methodenfreie Leistungsinhalte und erleichtert die Zuordnung von Leistungen zu ärztlichen Befundinhalten.

Die ärztlichen Kosten und die Gemeinkosten der konstitutionellen und tumorgenetischen Laborleistungen wurden in Pauschalen zusammengefasst. Diese Pauschalen sind je Fall berechnungsfähig (GOP 11301 bis 11303 und GOP 19401 bis 19403). Zu den Änderungen gehört ferner, dass die GOP für die genetische Diagnostik syndromaler oder seltener Erkrankungen in einem eigenen Unterabschnitt 11.4.3 zusammengeführt wurden.

### ▪ **Extrabudgetäre Vergütung**

Einige genetische Leistungen werden ab Juli extrabudgetär vergütet, sodass etwaige Mengenausweitungen nicht ausschließlich zulasten der Vergütung aller Ärzte gehen.

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden umfangreiche humangenetische Analysen (GOP 11449 und 11514), die Companion Diagnostic (Unterabschnitt 19.4.4) sowie die allgemeine Tumorgenetik (Unterabschnitt 19.4.2) bezahlt.

### ▪ **Abrechnungsvoraussetzungen und Genehmigungspflicht**

Die bisher gültigen Qualifikationsvoraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen des Abschnitts 11.3 hat der Bewertungsausschuss für die neuen Abschnitte 11.4 und 19.4 weitgehend beibehalten. Lediglich bei den Kinder- und Jugendärzten gab es neue Anforderungen: Sie können diese Leistungen nur abrechnen, wenn sie die „entsprechenden Voraussetzungen“ des Abschnitts 11.4 beziehungsweise 19.4 erfüllen. Bisher reichte es aus, wenn sie die Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen des Abschnitts 4.4 oder 4.5 erfüllen.

#### **NEU!**

Soll eine umfangreiche Mutationssuche nach GOP 11449, 11514 und 19425 durchgeführt werden, muss die Leistung vorab von der Krankenkasse des Versicherten genehmigt werden. In den Protokollnotizen zum Beschluss wurde hierfür die Aufnahme einer weiteren GOP für die Erstellung eines wissenschaftlich begründeten ärztlichen Gutachtens zum Antrag des Versicherten zum 01.07.2016 vereinbart, die extrabudgetär vergütet wird.

Wir erwarten zu dem Thema eine Praxisinformation von der KBV und werden Sie später detailliert dazu informieren.

Den genauen Wortlaut der Beschlüsse entnehmen Sie bitte dem Internetportal des Instituts des Bewertungsausschusses <http://institut-ba.de/ba/beschluesse.php>.

## **Überweisung von DMP-Patienten**

Eine DMP-Überweisung an besonders qualifizierte Vertragsärzte kann nur dann von koordinierenden Vertragsärzten erfolgen, wenn der Versicherte im DMP eingeschrieben ist.

Die koordinierenden Vertragsärzte, die einen DMP-Patienten an die zweite Versorgungsebene oder Diabetiker an einen Augenarzt überweisen, müssen unbedingt das DMP, an welchem der Versicherte teilnimmt auf, dem Überweisungsschein angeben, damit der behandelnde Vertragsarzt gleich sieht, dass der Patient gültiger DMP-Teilnehmer ist.



## Hinweise zur Abrechnung

- Wir haben in der Abrechnungsbearbeitung zunehmend Probleme mit nachgereichten Klartextdiagnosen. Somit nochmals der dringende Hinweis:

**Diagnosen sind generell nur mittels ICD-Schlüssel anzugeben. Die Angabe von Klartextdiagnosen führt zu weiterem Abklärungsbedarf.**

- Werden bei Vorliegen unterschiedlicher Diagnosen und zusätzlicher Zugangswege weitere operative Eingriffe (Simultaneingriffe) neben dem Haupteingriff durchgeführt, muss die tatsächliche Schnitt-Naht-Zeit (SNZ) des Simultaneingriffs angegeben werden. Vom Softwareprogramm vorgegebene Zeiten sind entsprechend dem OP-Protokoll durch tatsächliche Zeiten zu ersetzen.

Es wurde wiederholt festgestellt, dass die von den Softwareprogrammen automatisch hinterlegte SNZ bei der Abrechnung von Simultaneingriffen übernommen wurde. Dies ist nicht zulässig und muss entsprechend korrigiert werden.

Des Weiteren möchten wir Sie darauf hinweisen, dass bei der Abrechnung von Simultaneingriffen nach den GOP 31XX8 bzw. 36XX8 nur die SNZ von den **Zweit- und Folgeeingriffen** in der Feldkennung 5037 anzugeben ist. Die SNZ für den operativen Haupteingriff ist nicht anzugeben und demzufolge nicht mit der Zeit weiterer Eingriffe zu summieren.

- Bei der Einreichung von Abrechnungsunterlagen sind die Abrechnungsbelege oft zusammengetackert oder an den Ecken zusammengeklebt. Dies ist vermutlich aus Sicherheitsgründen erfolgt, erschwert jedoch eine zügige Bearbeitung. Wir bitten Sie daher, eingereichte Abrechnungsunterlagen **nicht zu tackern oder zusammenzukleben**. Bitte verwenden Sie bei Bedarf Büroklammern.

Darüber hinaus ist es notwendig, die einzelnen Bestandteile der eingereichten Unterlagen mit dem eigenen Vertragsarztstempel zu versehen.

- Bitte beachten Sie, dass in den wenigen Fällen der manuellen Erfassung der Versichertendaten die seit 01.01.2015 **gültige eGK-Versichertennummer** (beginnend mit Buchstabe 10-stellig) in der Abrechnung anzugeben ist. Ist die eGK-Versichertennummer unvollständig angegeben, kann dies zu einer fehlerhaften Abrechnung führen.
- Die Korrektur bzw. Korrekturen können Sie gern auf der zugesandten Vorab-Information vornehmen. Bitte verwenden Sie keinen Textmarker, da das nach dem Faxversand nicht mehr lesbar ist.

Ihre Ansprechpartner für alle Themen der Leistungsabrechnung finden Sie in der folgenden Tabelle:

Frau Rudolph App. 480 Frau Dietrich App. 494	Frau Skerka App. 456 Frau Grimmer App. 492	Frau Böhme App. 454 Frau Goetz App. 430	Frau Bose App. 451 Frau Reimann App. 452	Frau Schöler App. 437 Frau Stöpel App. 438	Frau Kokot App. 441 Frau Kölbl App. 444
Kinderärzte Internisten Allgemein- mediziner Praktische Ärzte	Kinderärzte Internisten Allgemeinmediziner Praktische Ärzte	Gynäkologen Orthopäden PRM Urologen HNO-Ärzte	Neurologen Nervenärzte Psychiater Psychotherap. Hautärzte Notfälle/ Einrichtungen MVZ	ermächtigte Ärzte Fachchemiker Humangenetik Laborärzte Laborgemein- schaften Pathologen HNO-Ärzte Augenärzte	Belegärzte Chirurgen Radiologen Nuklearmed. Dialyseärzte Dialyse-Einr. MKG Neurochirurgen Anästhesisten Augenärzte

Die Kontaktaufnahme ist auch per E-Mail an [abrechnung@kvt.de](mailto:abrechnung@kvt.de) möglich.

## Verordnung und Wirtschaftlichkeit

### Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie

#### ▪ Frühe Nutzenbewertung – Anlage XII der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)

Bei neu eingeführten Wirkstoffen bewertet der G-BA den Zusatznutzen von erstattungsfähigen Arzneimitteln gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie. Es werden Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnungsweise gegeben. Kürzlich hat der G-BA nachfolgende Beschlüsse im Rahmen der frühen Nutzenbewertung gefasst und in die Anlage XII der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen.

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassene Anwendungsgebiete*	Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie*
<b>Alirocumab</b> (Praluent®) 04.05.16	Begleitend zu einer Diät zur Behandlung der primären Hypercholesterinämie oder gemischten Dyslipidämie als Mono- oder Kombinationstherapie mit Statinen oder anderen lipidsenkenden Therapien	<b>Ein Zusatznutzen ist nicht belegt**.</b> Vergleichstherapien bei den verschiedenen Patientengruppen waren Statine oder andere Lipidsenker und bei therapierefraktären Verläufen LDL-Apherese.
<b>Isavuconazol</b> (Cresemba®) 04.05.16	Behandlung von Erwachsenen mit a) invasiver Aspergillose b) Mukormykose bei Patienten, bei denen eine Behandlung mit Amphotericin B nicht angemessen ist	<b>Nicht quantifizierbarer Zusatznutzen</b> – da es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens handelt, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt.

\* Den vollständigen Text einschließlich der tragenden Gründe finden Sie im jeweiligen Beschluss des G-BA ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) bzw. in der Fachinformation des Arzneimittels unter Punkt 4.1 Anwendungsgebiete.

\*\* Werden die erforderlichen Nachweise nicht vollständig vorgelegt, gilt der Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie als nicht belegt (§ 35a Abs. 1 Satz 5 SGB V).

Den Beschlüssen folgen Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Herstellern über den wirtschaftlichen Erstattungsbetrag. Sollte nach sechs Monaten keine Einigung erzielt worden sein, wird das Schiedsamt innerhalb von drei weiteren Monaten entscheiden.

**Es ist nicht auszuschließen, dass die Verordnung in den Anwendungsgebieten, in denen ein Zusatznutzen nicht belegt ist, das Arzneimittel jedoch deutlich teurer ist als die zweckmäßige Vergleichstherapie, bis zum Abschluss der Erstattungsvereinbarung von Krankenkassen als unwirtschaftlich erachtet wird.**

Der Beschluss zu **Idelasib** (Zydelig®) vom März 2015 wurde aufgrund des **Rote-Hand-Briefes** und der Zulassungsänderung bei folgender Teilindikation geändert:

- Bei therapienaiven Patienten mit chronisch lymphatischer Leukämie dürfen keine Erstlinientherapien mit Idelasib mehr durchgeführt werden, sondern nur noch bereits begonnene Therapien fortgesetzt werden (Beschluss vom 21.04.16).

**Zudem war der Beschluss vom März 2015 bis April diesen Jahres befristet.** Derzeit läuft ein neues Bewertungsverfahren. Die Beschlussfassung wird für Mitte September 2016 erwartet.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung informiert auf ihrer Internetseite [www.arzneimittel-infoservice.de](http://www.arzneimittel-infoservice.de) und im Deutschen Ärzteblatt ausführlich über die frühe Nutzenbewertung. Eine Schnellübersicht zur Verordnung von Arzneimitteln findet sich dort auch unter der Rubrik „Arzneimittel-Richtlinie“.

Ihre Ansprechpartnerinnen: Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-763  
Bettina Pfeiffer, Telefon 03643 559-764

## Aktuelle Vergütungslisten der Heilmittel-Leistungen

Zur eigenen Kontrolle Ihrer veranlassten Verordnungskosten im Heilmittelbereich erhalten Sie in **Anlage 1** dieses Rundschreibens die in diesem Jahr bisher von den Krankenkassen mitgeteilten Vergütungsregelungen für die einzelnen Heilmittelarten.

Bitte nutzen Sie diese auch bei Ihren Therapieentscheidungen im Sinne einer wirtschaftlichen Verordnung.

Ihre Ansprechpartnerin: Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-763

## Änderungen der Krankentransport-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Krankentransport-Richtlinie angepasst. Er hat dabei den Ausnahmefall der onkologischen Chemotherapie konkretisiert und eine Verordnungsmöglichkeit für Vertragszahnärzte geschaffen.

Generell übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen. Die Richtlinie sah hier unter anderem Fahrten zur onkologischen Chemotherapie vor. Die neue Formulierung lautet jetzt: „**parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie/parenterale onkologische Chemotherapie**“. Damit wird dem breiter gewordenen Behandlungsspektrum Rechnung getragen.

Darüber hinaus können nun auch **Zahnärzte Krankenförderung verordnen**, wenn die Fahrten im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen Behandlung stehen.

Die Änderungen traten zum 05.05.2016 in Kraft. Den vollständigen Text der Richtlinie finden Sie in **Anlage 2** dieses Rundschreibens.

Ihre Ansprechpartnerin: Bettina Pfeiffer, Telefon 03643 559-764

## FSME-Risikogebiete – aktuelle Übersichtskarte

Gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie erhalten Personen, die in innerdeutschen FSME-Risikogebieten Zecken exponiert sind, die FSME-Impfung (Grundimmunisierung/Auffrischimpfung) als Indikationsimpfung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Die STIKO empfiehlt die FSME-Impfung ausdrücklich für Personen, die in den Risikogebieten zeckenexponiert sind und weist darauf hin, dass ein hoher Anteil der auftretenden FSME-Erkrankungen durch eine Steigerung der Impfquoten, insbesondere in Kreisen mit einer hohen FSME-Inzidenz verhindert werden könnte.

Zu den Thüringer FSME-Risikogebieten gehören unverändert die Land- bzw. Stadtkreise:

- Gera,
- Greiz,
- Hildburghausen,
- Jena,
- Saalfeld-Rudolstadt,
- Saale-Orla-Kreis,
- Saale-Holzland-Kreis,
- Sonneberg.

Die aktuelle **Übersichtskarte** (Stand 20.04.2016) für alle innerdeutschen **FSME-Risikogebiete** wurde im Epidemiologischen Bulletin 18/2016 veröffentlicht. Sie finden diese Übersichtskarte auf der Internetseite des Robert Koch-Institutes ([www.rki.de](http://www.rki.de)).

Ihre Ansprechpartnerin: Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-763

## Disease-Management-Programme

### Berichte der Gemeinsamen Einrichtung

Die Gemeinsame Einrichtung Disease Management-Programme (DMP) als neutrale Institution, bestehend aus Krankenkassenvertretern und Vertretern der KV Thüringen, wertet in regelmäßigen Abständen die erfassten Dokumentationsdaten als Qualitätssicherungsmaßnahmen aus und erstellt für jedes DMP den indikations-spezifischen Bericht. Dieser wird im Internetportal der KV Thüringen [www.kvt.de](http://www.kvt.de) eingestellt. Der indikations-spezifische Bericht wird aus den persönlichen Feedback-Berichten der teilnehmenden Ärzte generiert.

Die Auswertungen für das Jahr 2015 zeigen für Qualitätssicherungsmaßnahmen noch Verbesserungsbedarf auf. Die nachfolgenden Hinweise sollen Ihnen bei der Steigerung der Ergebnisse der Qualitätsziele helfen und Dokumentationsfehler vorbeugen. Ziel ist eine kontinuierliche Ergebnisverbesserung der jeweiligen Berichte der Gemeinsamen Einrichtung.

#### ▪ DMP Diabetes mellitus Typ 1

Bei dem Qualitätsziel „**hoher Anteil an Teilnehmern, mit einer jährlichen Überprüfung der Nierenfunktion**“ wird auf die Dokumentation des Kreatininwertes verzichtet. Hier muss seit dem 01.07.2015 bei allen eingeschriebenen Patienten mindestens einmal jährlich der eGFR-Wert bestimmt werden.

Das Qualitätsziel „HbA1c-Wert“ ist wie folgt definiert: „**Höchstens 10 % der Patienten, mit einem HbA1c-Wert von  $\geq 8,5\%$** “ anhand der Angaben von allen eingeschriebenen Patienten. Dieses Qualitätsziel wurde in Thüringen noch nie erreicht. Uns ist bekannt, dass hier viele Faktoren eine Rolle spielen. Bitte analysieren Sie dieses Ziel anhand Ihres vorliegenden Feedback-Berichtes in der Praxis, um ggf. Verbesserung zu erreichen.

Für das Qualitätsziel „**hoher Anteil von Patienten, die den individuell vereinbarten HbA1c-Zielwert erreicht haben**“ legen Sie den Zielwert mit Ihrem Patienten fest und streben diesen an. Sollte der individuell vereinbarte HbA1c-Zielwert erreicht worden sein, ist dieses zu dokumentieren. Es ist präzise anzugeben, ob der „Zielwert erreicht“ oder eben dieser „Zielwert noch nicht erreicht“ worden ist. Dieses Qualitätsziel ist auch für die Auszahlung der Qualitätsboni in den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 relevant.

Im Rahmen des Diabetischen Fußes sollten bei „**mindestens 90 % der Teilnehmer mindestens einmal jährlich eine Sensibilitätsprüfung, eine Erhebung des peripheren Pulsstatus und eine Erhebung des Fußstatus**“ durchgeführt werden. Wenn Sie die Prüfung/Erhebung durchgeführt haben, vergessen Sie bitte nicht, dies in der Dokumentation anzugeben.

#### ▪ DMP Asthma bronchiale

Das Qualitätsziel „**mindestens 90 % der Patienten setzen einen schriftlichen Selbstmanagementplan ein**“ wurde in den Berichten der Gemeinsamen Einrichtung über die Jahre nie erreicht. Ein schriftlicher Selbstmanagementplan für den Patienten sieht auch die Versorgungsleitlinie vor. Das sollte von Ihnen beachtet und dementsprechend in der Dokumentation vermerkt werden.

#### ▪ DMP KHK

Zum 01.07.2016 wurde ebenfalls das Qualitätsziel „**hoher Anteil von Patienten ohne Angina-pectoris-Beschwerden**“ auf Basis der CCS-Klassifikation aufgenommen. Die Dokumentation bei Überweisung bei Angina-pectoris-Beschwerden ist somit weggefallen.

#### Weitere Informationen:

Zusätzlich möchten wir Sie noch über einige Änderungen in den DMP-Dokumentationen informieren, die bereits zum 01.01.2016 in Kraft getreten sind.

- So wurde im Rahmen der Umsetzung der Änderungen aus dem Personenstandsgesetz die DMP-Dokumentation für die mögliche Übertragung des „unbestimmten“ Geschlechts angepasst.
- Die Dokumentation der Injektionsstellen ist nur noch bei Patienten erforderlich, die Insulintherapie erhalten. Bei Patienten mit Diabetes Typ 2, die keine Insulintherapie erhalten, wird das Feld zur Dokumentation der Injektionsstellen nicht mehr abgefragt.

- Beim Parameter „LDL-Cholesterin“ für das DMP KHK wurde die Wertangabe der Einheit „mmol/l“ konkretisiert: Wird der Cholesterinwert in „mmol/l“ angegeben, so ist die Angabe dieses Wertes immer nur mit genau einer Nachkommastelle gültig. Die KV Thüringen empfiehlt, insbesondere die Ergebnisse von Laboruntersuchungen auf die Nachkommastelle hin zu überprüfen und die Angabe des Cholesterinwertes in der Dokumentation gegebenenfalls anzupassen.

Ihre Ansprechpartnerin: Jana Schröder, Telefon 03643 559-745

## Qualitätssicherung

### Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA tritt zum 01.07.2016 in Kraft

Die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V regelt die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von MRSA-Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung (GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950 und 30952 des EBM).

Als Nachweis der fachlichen Befähigungen müssen Sie wie bisher eine Zusatzweiterbildung „Infektiologie“ und/oder die Teilnahme an einem von der KV Thüringen angebotenen Fortbildungsseminar „Ambulante MRSA-Versorgung“ (Dauer mind. 3 Stunden) vorweisen. Alternativ können Sie eine Online-Fortbildung mit Lernzielkontrolle absolvieren. Ebenfalls nachgewiesen werden müssen die organisatorischen Voraussetzungen. Diese sehen vor, dass die Diagnostik und Eradikationstherapie der MRSA-infizierten Patienten nach Vorgaben des RKI und entsprechend der Inhalte des Fortbildungsseminars oder der Online-Fortbildung zu erfolgen hat. Die Kenntnisse des Projektes EurSafety Health net/EUREGIO MRSA-net sind ebenfalls unterstützend mit einzubeziehen. Der teilnehmende Vertragsarzt soll sich, sofern regional möglich, in einem sektorenübergreifenden MRSA-Netzwerk, unter Einbeziehung des Gesundheitsamtes, organisieren, oder eine entsprechende Beratung bei geeigneten Stellen einholen.

Die Vereinbarung sieht ebenfalls eine Übergangsregelung vor. So können Ärzte, die vor Inkrafttreten der neuen QS-Vereinbarung berechtigt waren diese Leistungen abzurechnen, eine Genehmigung erhalten, wenn sie diese innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten bei der KV Thüringen beantragen – also bis spätestens Ende 2016. Bis dahin können die Leistungen weiterhin abgerechnet werden.

Die Anträge auf Genehmigung sind an die KV Thüringen zu richten. Ein Antragsformular sowie weiterführende Informationen zum Thema MRSA finden Sie auf unserer Internetseite unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de) → [Arzt/Psychoth.](#) → [Beratungsservice A-Z](#) → [M](#) → [MRSA](#).

Ihre Ansprechpartnerin: Jana Schröder, Telefon 03643 559-745

### Spezialisierte geriatrische Diagnostik ab 01.07.2016 qualitätsgesichert

Spezialisierte geriatrische Vertragsärzte und Geriatrische Institutsambulanzen (GIA), die zur ambulanten Versorgung ermächtigt sind, haben ab 01.07.2016 die Möglichkeit, die spezialisierte geriatrische Diagnostik nach Antragstellung und Nachweis der Genehmigungsvoraussetzungen gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung „Spezialisierte geriatrische Diagnostik“ zu erbringen und abzurechnen. Ausführliche Informationen finden Sie in unserem Internetportal unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de) → [Arzt/Psychoth.](#) → [Beratungsservice A-Z](#) → [G](#) → [Geriatric](#).

Eine besondere Rolle im Rahmen der spezialisierten geriatrischen Versorgung hat der überweisende Hausarzt bei der patientenorientierten Vorabklärung. Diese erfolgt mit dem spezialisierten Geriater auch ohne Patientenkontakt. Ein Antrag und der Nachweis besonderer Qualifikationen für die Abrechnung der entsprechenden Gebührenordnungspositionen ist dafür nicht erforderlich.

Eine Praxisinformation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung können Sie in **Anlage 3** dieses Rundschreibens entnehmen.

Ihre Ansprechpartnerin: Beate Reichenbacher, Telefon 03643 559-716

## Verträge

### Vertrag zur Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung mit der BARMER GEK

Die KV Thüringen und die BARMER GEK haben **zum 01.04.2016** einen Vertrag geschlossen mit dem Ziel, durch eine stärkere ärztliche Koordination von Behandlungsmaßnahmen eine schnellere Genesung der Patienten zu erreichen. Der Hauptvertrag besteht zunächst aus zwei Modulen: Betreuungsstrukturvertrag (Anlage 1) und Vertrag zur Überweisungssteuerung (Anlage 2).

#### Eckpunkte des Hauptvertrages

##### Teilnahmeberechtigte Ärzte

- alle im Bereich der KV Thüringen zugelassene, ermächtigte, in einer Praxis angestellte sowie in einem MVZ tätige Ärzte bzw. psychologische Psychotherapeuten (Ärzte)
- Teilnahme der Ärzte am Vertrag ist freiwillig; Teilnahmeerklärung nicht notwendig

##### Teilnahmeberechtigte Versicherte

- alle Versicherten der BARMER GEK, unabhängig vom Wohnort; Teilnahmeerklärung nicht notwendig

##### Abrechnung der Leistungen

- Abrechnung der unten angeführten Leistungen entsprechend der Anlagen 1 und 2 mit der Quartalsabrechnung über die KV Thüringen

#### Eckpunkte des Betreuungsstrukturvertrages (Anlage 1 zum Hauptvertrag)

Für Patienten mit ausgewählten Indikationen werden zusätzliche Angebote, insbesondere in Form von zusätzlichen Sprechstunden-, Wartezeitenmanagement- und/oder Koordinierungsangeboten, zur Verfügung gestellt (Indikationsübersicht unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de) → Arzt/Psychoth. → Verträge → P → Patientenorientierte medizinische Versorgung → BARMER GEK).

##### Abrechnung/Vergütung

- Dokumentation und Übermittlung der vereinbarten Diagnosen gemäß Anhang 1 des Vertrages
- Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ohne Mengenbegrenzung
- eine der nachstehenden Vergütungen nur einmal im Arztfall abrechenbar

Abr.-Nr.	Leistungsinhalt	Vergütung
99018A	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontaktabhängige, quartalsweise Vergütungspauschale für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von Patienten mit <b>einer dokumentierten Diagnose</b> gemäß Anhang 1</li> <li>- Vergütung nur für gesicherte endstellig kodierte Diagnosen</li> <li>- Vergütung nur für eine Diagnose je Indikation gemäß Anhang 1 je Quartal</li> </ul>	3,00 €
99018B	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontaktabhängige, quartalsweise Vergütungspauschale für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von Patienten mit <b>zwei dokumentierten Diagnosen unterschiedlicher Indikation</b> gemäß Anhang 1</li> <li>- Vergütung nur für gesicherte endstellig kodierte Diagnosen</li> <li>- Vergütung nur für eine Diagnose je Indikation gemäß Anhang 1 je Quartal</li> </ul>	6,00 €
99018C	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontaktabhängige, quartalsweise Vergütungspauschale für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von Patienten mit <b>drei und mehr dokumentierten Diagnosen unterschiedlicher Indikation</b> gemäß Anhang 1</li> <li>- Vergütung nur für gesicherte endstellig kodierte Diagnosen</li> <li>- Vergütung nur für eine Diagnose je Indikation gemäß Anhang 1 je Quartal</li> </ul>	9,00 €

## Eckpunkte des Vertrages zur Überweisungssteuerung (Anlage 2 zum Hauptvertrag)

Zur Verbesserung der Versorgung soll die gezielte Vorstellung von Patienten mit dringender Behandlungsbedürftigkeit beschleunigt werden.

### Überweisungsverfahren

- Überweisung durch Hausärzte an Fachärzte und umgekehrt, innerhalb der Fachärzteschaft sowie in Ausnahmefällen durch Hausärzte an besonders qualifizierte Hausärzte
  - jeweils außerhalb der eigenen BAG/des eigenen MVZ
  - gilt auch für das ggf. notwendige Einholen einer weiteren Meinung zur Behandlungsoptimierung vor einer vorgesehenen prästationären Behandlung bzw. stationären Einweisung
- Überweisender Arzt prüft Dringlichkeit der Konsultation und stuft diese auf dem Überweisungsschein (im Feld Auftrag) unter Berücksichtigung der Dringlichkeitskategorien ein

### Abrechnung/Vergütung

- Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ohne Mengenbegrenzung

Abr.-Nr.	Leistungsinhalt/Vergütungsvoraussetzungen	Vergütung
<b>Kategorie A</b>		
99997A	<b>Überweisender Arzt</b> - Diagnostik und/oder Behandlung und/oder Abklärung der Notwendigkeit einer stationären Einweisung gemäß § 1 Abs. 2 mit der Zielstellung, dass spätestens <b>am nächsten Arbeitstag</b> die Überweisungsleistung (§ 24 Abs. 7 BMV-Ä) erbracht wird (inkl. Anamnese, Diagnose, Befundbericht und Fragestellung) - Terminvereinbarung beim Facharzt/spezialisierten Arzt gem. § 1 Abs. 5	6,00 €
99998A	<b>Übernehmender Arzt</b> - Terminvergabe, Diagnostik und/oder Behandlung und Befunddokumentation durch den auf Überweisung tätig werdenden Arzt spätestens <b>am nächsten Arbeitstag</b>	16,00 €
<b>Kategorie B</b>		
99997B	<b>Überweisender Arzt</b> - Diagnostik und/oder Behandlung und/oder Abklärung der Notwendigkeit einer stationären Einweisung gemäß § 1 Abs. 2 mit der Zielstellung, dass <b>innerhalb einer Woche (7 Tage)</b> die Überweisungsleistung (§ 24 Abs. 7 BMV-Ä) erbracht wird (inkl. Anamnese, Diagnose, Befundbericht und Fragestellung) - Terminvereinbarung beim Facharzt/spezialisierten Arzt gem. § 1 Abs. 5	5,00 €
99998B	<b>Übernehmender Arzt</b> - Terminvergabe, Diagnostik und/oder Behandlung und Befunddokumentation durch den auf Überweisung tätig werdenden Arzt <b>innerhalb von einer Woche (7 Tage)</b>	12,00 €

Die o. g. Vergütungspauschalen zur Überweisungssteuerung **gelten nicht** für die Terminvergabe von Ärzten innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums oder einer Berufsausübungsgemeinschaft untereinander.

Den vollständigen Vertrag sowie die Anlagen finden Sie im Internetportal der KV Thüringen unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de)  
 → Arzt/Psychoth. → Verträge → P → Patientenorientierte medizinische Versorgung → BARMER GEK.

Ihre Ansprechpartner für

– Vertragsfragen: Anne Weißmann, Telefon 03643 559-137

Abrechnungsfragen: Gruppenleiter Ihrer Fachgruppe (siehe Tabelle auf Seite 3 dieses Rundschreibens)

### Alles was Recht ist

#### Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag

##### Frage 1:

Wer kann als Belegarzt tätig sein?

Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.

##### Frage 2:

Kann ein in einem MVZ oder in einer Vertragsarztpraxis angestellter Arzt Belegarzt sein?

**Ja**, die Belegarztanerkennung wird dem Arbeitgeber, mithin dem MVZ oder dem anstellenden Vertragsarzt, durch die KV Thüringen im Einvernehmen mit den Krankenkassen erteilt und ist an die Person des angestellten Arztes gebunden.

##### Frage 3:

Kann ein Arzt ausschließlich als Belegarzt tätig sein?

**Nein**, jeder Belegarzt muss im erforderlichen Maße für die ambulante Versorgung seiner Patienten zur Verfügung stehen und ausreichend Sprechstunden in seiner Praxis anbieten. Die stationäre Tätigkeit darf die reguläre vertragsärztliche Tätigkeit nicht überwiegen.

##### Frage 4:

Wer übernimmt die präoperative Voruntersuchung der Patienten?

Die präoperativen Voruntersuchungen sind durch den Belegarzt zu veranlassen und im ambulanten Bereich zu erbringen, sofern keine anderweitige vertragliche Vereinbarung mit dem Krankenhaus geschlossen wurde.

Erfüllt der Belegarzt die fachlichen Voraussetzungen, kann er die für die Operation notwendigen Untersuchungen selbst durchführen und abrechnen. In allen übrigen Fällen überweist der Belegarzt seine Patienten zu weiteren Vertragsärzten (z. B. Hausärzte, Anästhesisten), welche ihre Leistungen auf einem vom behandelnden Belegarzt ausgestellten und im Feld „bei belegärztlicher Behandlung“ angekreuzten Überweisungsschein (Muster 6 und 10) abrechnen.

Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns an oder senden Ihre Fragen per E-Mail an: [justitiariat@kvt.de](mailto:justitiariat@kvt.de)

Weitere Antworten auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag finden Sie im Internetportal der KV Thüringen unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de) → [Arzt/Psychoth.](#) → [Recht](#) → [Antworten auf Fragen aus dem Praxisalltag](#).

Ihre Ansprechpartnerin: Ass. jur. Bettina Jäger-Siemon, Telefon 03643 559-140

### Ärztliche Selbstverwaltung

#### Wahl der Vertreterversammlung vom 12. bis 23.09.2016: Stellen Sie sich als Kandidat vor!

IHRE STIMME  
für die Selbstverwaltung  
KV-WAHL 2016

Zur KV-Wahl im September können Sie **ab sofort bis zum 14.08.2016 Ihre Wahlvorschläge einreichen**. Danach wollen wir die Kandidaten vorstellen: auf der Internetseite der KV Thüringen und in einem Sonderheft, das wir mit dem Rundschreiben 8/2016 an alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten verschicken.

**Nutzen Sie die Möglichkeit, sich Ihren Wählern als Kandidat zur KV-Wahl vorzustellen:** mit Ihrem Bild, Angaben zu Ihrer Person und Ihren Wahlzielen. Für Ihre Vorstellung haben wir ein Online-Musterformular angelegt, welchem ein Bild von Ihnen beizufügen ist. Senden Sie Ihre Vorstellung per E-Mail an den Wahlausschuss.



Da für jede Kandidatin und jeden Kandidaten eine A5-Seite zur Vorstellung vorgesehen ist, möchten wir Sie bitten, das vorgegebene Format (vier Anstriche zum beruflichen Werdegang, max. 840 Zeichen zu berufspolitischen Aktivitäten und Wahlzielen) einzuhalten. Vielen Dank.

Das Musterformular finden Sie zur Ansicht in **Anlage 4** und im Internet unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de) → WAHL 2016 zum Ausfüllen und Versenden online an folgende E-Mail: [wahlausschuss@kvt.de](mailto:wahlausschuss@kvt.de).

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an den **Wahlausschuss** der KV Thüringen (Telefon 03643 559-141, Telefax 03643 559-139 oder E-Mail [wahlausschuss@kvt.de](mailto:wahlausschuss@kvt.de)).

## Informationen

### Antibiotika in der Hausarztpraxis – Atemwegsinfektionen im Fokus

Antibiotikaresistenzen sind weltweit auf dem Vormarsch. Angesichts nur langsam fortschreitender Wirkstoffneuentwicklungen ist derzeit der rationale Antibiotikaeinsatz eine der wichtigsten Gegenmaßnahmen. Optimierungspotential gibt es sowohl im ambulanten, im stationären als auch im tiermedizinischen Sektor. Bei ambulant behandelten Atemwegsinfektionen geht man davon aus, dass auf ca. 30 bis 50 Prozent der Antibiotikaverordnungen verzichtet werden könnte. Verordnungen ohne harte Indikation basieren dabei häufig auf der (vermuteten) Erwartungshaltung des Patienten.

Im Verbundvorhaben **RAI (Rationaler Antibiotikaeinsatz durch Information und Kommunikation)** haben sich deshalb Tier- und Humanmediziner verschiedener Disziplinen mit Designexperten und Kommunikationswissenschaftlern zusammengeschlossen, um den verantwortungsvollen Umgang mit Antibiotika über Berufsgrenzen hinaus zu verbessern. Beteiligt sind Wissenschaftler und Praktiker der Charité, der Freien Universität Berlin, des Uni-Klinikums Jena, des Robert-Koch-Instituts und der Design-Agentur Lindgrün. Das Motto: Gemeinsame Ideenentwicklung statt gegenseitiger Schuldzuweisungen.

Im ambulanten Bereich liegt der Schwerpunkt auf Patienten mit Atemwegsinfektionen. Neben Informationen zur leitliniengerechten Therapie für die teilnehmenden Ärzte geht es vor allem um die zeiteffektive Unterstützung der Arzt-Patienten-Kommunikation. Hierzu wurden gemeinsam mit Kommunikations- und Design-Experten sogenannte Infozepte entwickelt, die die Behandler während der Konsultation bei geeigneten Patienten nutzen können, vor allem, wenn auf ein Antibiotikum verzichtet werden kann. Die Infozepte sind personalisierbar und es kann aus verschiedenen Themenkomplexen (allgemeine Informationen, symptom-spezifische Informationen, Behandlungserklärungen) gewählt werden. Ergänzt wird das Konzept durch Wartezimmerinformationen für Erkältungspatienten und eine App zum Selbst-Monitoring des Verschreibungsverhaltens für die Ärzte.

Teilnehmen kann ab August 2016 jede Hausarztpraxis aus Berlin, Brandenburg oder Thüringen. Zum Auftakt der Interventionsphase sind außerdem zweistündige Fortbildungsveranstaltungen für Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten zu den Themen Multiresistente Erreger, leitliniengerechte Therapie bei Atemwegsinfektionen und Strategien zum rationalen Antibiotikaeinsatz geplant.

Die Fortbildung ist **kostenlos** und kann unabhängig von einer Teilnahme an der Intervention besucht werden.

Ihre Termine (alle mittwochs) in Thüringen:

Datum	Ort	Raum
17.08.2016, 14:00 – 16:30 Uhr	SRH Waldklinikum in Gera	Haus Weisker, Raum Gera
31.08.2016, 14:00 – 16:30 Uhr	SRH Zentralklinikum in Suhl	Hörsaal
07.09.2016, 14:00 – 16:30 Uhr	Rehaklinik an der Salza in Bad Langensalza	Vortragsraum

Aufgrund begrenzter Raumkapazitäten bitten wir um Ihre verbindliche **Anmeldung bis zum 01.08.2016**.

**Kontaktdaten:** Universitätsklinikum Jena

Dr. med. Inga Petruschke, Telefon 03641 9395804, E-Mail [inga.petruschke@med.uni-jena.de](mailto:inga.petruschke@med.uni-jena.de), Internet [www.rai-projekt.de](http://www.rai-projekt.de)

### Termine zur Abrechnungsannahme für das 2. Quartal 2016

Für die **elektronische Übertragung der Abrechnungsdatei** und ggf. Dokumentationsdateien gelten folgende Termine:

**01.07. bis 10.07.2016**

Seit dem 20.07.2015 ist das Mitgliederportal KVTOP ausschließlich über das Sichere Netz der KVen (Zugang via KV-SafeNet<sup>1</sup>) zu erreichen.

Sie können die Abrechnungsdatei auch vor dem 01.07.2016 einreichen und müssen dies der KV Thüringen auch nicht melden. Bitte beachten Sie jedoch, dass bei Einreichungen vor den o. g. Terminen der vollständige Betrieb des Portals nicht rund um die Uhr gewährleistet werden kann.

Ihre Ansprechpartner für die Übermittlung mittels KV-SafeNet<sup>1</sup>:

- Sven Dickert, Telefon 03643 559-109
- Mandy Seitz, Telefon 03643 559-115

Die nachfolgenden Termine beziehen sich auf die **Annahme der Abrechnungsunterlagen und dem Zugang zu den Datenträgerterminals in der KV Thüringen:**

**Freitag: 01.07.2016 08:00 – 17:00 Uhr**  
**Montag bis Donnerstag: 04.07.2016 bis 07.07.2016 08:00 – 17:00 Uhr**

Eine Verlängerung der Abgabefrist muss durch die KV Thüringen genehmigt werden und kann nur in absoluten Ausnahmefällen gewährt werden.

#### **Achtung!**

Zu einer kompletten Quartalsabrechnung gehören auch die **Abrechnungs-Sammelerklärung** sowie die **Fallzusammenstellung/Fallstatistik**. Bitte beachten Sie, dass auch die Papierunterlagen zeitnah zu uns geschickt werden. Bitte achten Sie außerdem darauf, die Abrechnungs-Sammelerklärung zu unterschreiben und mit Ihrem Vertragsarztstempel abzustempeln.

Ihre Ansprechpartnerin bei Verlängerung der Abgabefrist: Katrin Kießling,

Telefon 03643 559-422  
Telefax 03643 559-491  
E-Mail [abrechnung@kvt.de](mailto:abrechnung@kvt.de)

### Pharmakotherapeutischer Arbeitskreis Jena

Die nächste Veranstaltung der Arzneimittelkommission des Klinikums der Friedrich-Schiller-Universität Jena findet gemeinsam mit allen interessierten niedergelassenen Vertragsärzten und Apothekern **am 15.06.2016, um 17:15 Uhr** statt.

Thema: **Diagnostik und Therapie der Demenz**  
Referent: Dr. D. Brämer, Universitätsklinikum Jena, Klinik für Neurologie  
Ort: Seminarraum 2 des Klinikums (im Seminarraumcontainer), Erlanger Allee 101, Jena-Lobeda Ost  
Lageplan/Zugangsweg zum Seminarraumcontainer finden Sie auf der Internetseite ([www.kvt.de](http://www.kvt.de) → [Über uns](#) → [Termine](#) → [Externe Veranstaltungen](#))  
Leitung/Moderation: PD Dr. rer. nat. habil. M. Hippus (Institut für Klinische Pharmakologie) und Prof. Dr. rer. nat. med. habil. M. Hartmann (Apotheke des Klinikums)  
Auskunft/Anmeldung: Apotheke des Klinikums der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Prof. Dr. rer. nat. med. habil. M. Hartmann, Telefon 03641 932-5401

---

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

Die Veranstaltung wird mit **zwei Punkten der Kategorie A** auf das Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer anerkannt.

Ihre Ansprechpartnerin in der KV Thüringen: Dr. Editha Kniepert, Telefon: 03643 559-760

## Fortbildungen und Veranstaltungen in Thüringen

### Fortbildungsveranstaltungen der KV Thüringen

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Donnerstag, 02.06.2016, 09:00–13:00 Uhr	<b>Medizinische Fortbildungstage in Erfurt/Kaisersaal</b> Fit am Empfang: Der erste Eindruck zählt	Mechthild Wick, Personaltraining/ Coaching, Zert. Systemischer Coach, Stressmanagement- und Mentaltrainee- rin, Unterschwaningen	Praxispersonal 45,00 €
Donnerstag, 02.06.2016, 13:15–14:15 Uhr	<b>Medizinische Fortbildungstage in Erfurt/Kaisersaal</b> Aktuelle Abrechnungshinweise für Ärzte und Praxispersonal im haus- ärztlichen Versorgungsbereich  1 Punkte, Kategorie A	Liane Barthel, Mitarbeiterin der Abtei- lung Leistungsabrechnung der KV Thüringen	Praxispersonal, Vertragsärzte 15,00 €
Donnerstag, 02.06.2016, 14:30–17:30 Uhr	<b>Medizinische Fortbildungstage in Erfurt/Kaisersaal</b> Aktuelle Hinweise zu vertragsärztli- chen Verordnungen  4 Punkte, Kategorie A	Dr. med. habil. Editha Kniepert, Leiterin der Hauptabteilung Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung der KV Thüringen	Praxispersonal, Vertragsärzte 45,00 €
<del>Freitag, 10.06.2016, 14:00–17:00 Uhr</del> Mittwoch, 17.08.2016, 14:00–17:00 Uhr	<b>Terminverschiebung!</b> EBM für Fortgeschrittene – Schwer- punkt Psychotherapie  5 Punkte, Kategorie C	Steffen Göhring, Leiter der Hauptabtei- lung Abrechnung der KV Thüringen	Praxispersonal, Psychotherap.  Kostenfrei
Mittwoch, 15.06.2016, 14:00–19:00 Uhr	<b>Veranstaltung ist ausgebucht.</b>  Crashkurs Medical English im Umgang mit englisch sprechenden Flüchtlings und Asylbewerbern für Praxispersonal	Corneliu Stephan Caporani, geboren in Bridgeport Connecticut (USA), Ge- schäftsführer Business English Training & Services, Jena	Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 15.06.2016, 15:00–18:00 Uhr	Umgang mit codierten Kassenrezepten inkl. BtM-Rezepten  3 Punkte, Kategorie A	Dr. med. Urs Dieter Kuhn, Mitarbeiter der Hauptabteilung Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung der KV Thüringen	Vertragsärzte  Kostenfrei
Mittwoch, 15.06.2016, 15:00–17:00 Uhr	Die Praxis muss geschlossen werden – was nun?	Dipl.-Betriebswirt (BA) Andreas Knolle, Bezirksdirektor Heilwesen Service, INTER Versicherungsgruppe, Erfurt	Psychotherap., Vertragsärzte 45,00 €
<del>Mittwoch, 15.06.2016, 15:00–19:00 Uhr</del>	<b>Veranstaltung entfällt.</b> Fit am Empfang: Der erste Eindruck zählt	Mechthild Wick, Personaltraining/ Coaching, Zert. Systemischer Coach, Stressmanagement- und Mentaltrainee- rin, Unterschwaningen	Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 15.06.2016, 15:00–18:00 Uhr	<b>Veranstaltung ist ausgebucht.</b> EBM für Neueinsteiger – hausärztli- cher Versorgungsbereich  5 Punkte, Kategorie C	Steffen Göhring, Leiter der Hauptabtei- lung Abrechnung der KV Thüringen	Vertragsärzte  Kostenfrei

## Terminkalender

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Freitag, 17.06.2016, 14:00–19:00 Uhr	Crashkurs Medical English im Umgang mit englisch sprechenden Flüchtlingen und Asylbewerbern für Ärzte  8 Punkte, Kategorie C	Julia Sieber, Ausbildung der Universität Cambridge zum Englischunterricht für Erwachsene, Sprachenzentrum FSU Jena	Psychotherap., Vertragsärzte  45,00 €
Mittwoch, 22.06.2016, 14:00–18:00 Uhr	Beachtung der Schutzimpfungs-Richtlinie bei der Verordnung von Impfungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung  4 Punkte, Kategorie A	Dr. med. Anke Möckel, Leiterin der Abteilung Verordnungsberatung der KV Thüringen	Praxispersonal, Vertragsärzte  Kostenfrei
Mittwoch, 22.06.2016, 14:00–19:00 Uhr	Crashkurs Medical English im Umgang mit englisch sprechenden Flüchtlingen und Asylbewerbern für Praxispersonal	Corneliu Stephan Caporani, geboren in Bridgeport Connecticut (USA), Geschäftsführer Business English Training & Services, Jena	Praxispersonal  45,00 €
Mittwoch, 22.06.2016, 15:00–18:00 Uhr	Kontroverses in Diagnostik und Therapie des Typ-2-Diabetes – Empfehlungen für die Hausarztpraxis  4 Punkte, Kategorie A	Hon.-Prof. Dr. med. habil. Harald Schmechel, Internist/Diabetologe/Hypertensiologe DHL, Erfurt	Vertragsärzte  45,00 €
Mittwoch, 22.06.2016, 15:00–17:00 Uhr	Marketing mit Konzept – Strategien für den Praxiserfolg.	Nadja Alin Jung, Dipl.-Betriebswirtin, Zertifizierte Praxismanagerin, Qualitätsmanagerin und Hygienebeauftragte im Gesundheitswesen, Geschäftsführerin m2c   medical concepts & consulting, Frankfurt am Main	Psychotherap., Tierärzte, Vertragsärzte, Zahnärzte  45,00 €
<del>Freitag, 24.06.2016, 13:00–19:00 Uhr</del>  Freitag, 02.09.2016, 13:00–19:00 Uhr	<b>Terminverschiebung!</b>  Konflikt- und Beschwerdemanagement (Grundkurs)	Karin Diehl, Arztfachhelferin, Trainerin, Frankfurt/Main	Praxispersonal  80,00 €
<del>Samstag, 25.06.2016, 09:00–15:00 Uhr</del>  Samstag, 03.09.2016, 09:00–15:00 Uhr	<b>Terminverschiebung!</b>  Der gute Ton am Telefon – Erfolgreiches Telefonieren in der Arztpraxis	Karin Diehl, Arztfachhelferin, Trainerin, Frankfurt/Main	Praxispersonal  80,00 €
Samstag, 25.06.2016, 10:00–14:00 Uhr	Wartezeiten- und Terminmanagement	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, institut salus medici, Berlin	Praxispersonal, Psychotherap., Vertragsärzte  45,00 €
Mittwoch, 29.06.2016, 16:00–19:00 Uhr	<b>KV-FORUM in Jena</b> <b>„KV Thüringen – das sind wir!“</b>  3 Punkte, Kategorie A	Dr. med. Annette Rommel, 1. Vorsitzende der KV Thüringen Dr. med. Thomas Schröter, 2. Vorsitzender der KV Thüringen Sven Auerswald, Hauptgeschäftsführer der KV Thüringen Steffen Göhring, Leiter der Hauptabteilung Abrechnung der KV Thüringen	Psychotherap., Vertragsärzte  Kostenfrei

Die Teilnahme an den angebotenen Schulungen ist nur nach vorheriger schriftlicher Anmeldung möglich. Das Anmeldeformular finden Sie stets in der Beilage „Interessante Fortbildungsveranstaltungen“ (Gelbes Blatt) und im Internet unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de). Bitte senden Sie uns das Formular per Telefax an 03643 559-291 oder buchen Sie Ihr Seminar einfach online über unseren Fortbildungskalender.

Freie Kapazitäten können Sie auf unserer Internetseite im Fortbildungskalender einsehen.

### Kinderbetreuungsangebot

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Kinder während eines Seminars von erfahrener Fachpersonal betreuen zu lassen. Bei Interesse teilen Sie uns dies bitte telefonisch oder über das Anmeldeformular mit.

Bei allgemeinen Fragen zum Fortbildungskalender wenden Sie sich bitte an Susann Binnemann, Telefon: 03643 559-230, und bei Fragen zur Anmeldung an Silke Jensen, Telefon: 03643 559-282.

## Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen

Für nachfolgende Veranstaltungen wenden Sie sich bitte bei Anmeldungen und Auskünften an die

Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung  
der Landesärztekammer Thüringen  
Anmeldung/Auskunft: Postfach 100740, 07740 Jena  
Telefon: 03641 614-142, -143, -145; Telefax: 03641 614-149  
E-Mail: [akademie@laek-thueringen.de](mailto:akademie@laek-thueringen.de)

### ▪ Migration und Gesundheit

- Flucht und Migration und Deutschland: aktuelle Zahlen, Fakten, Trends
- Screening-Untersuchung beim Erstkontakt
- Infektionskrankheiten bei Flüchtlingen und Migranten
- Nicht infektiöse Erkrankungen bei Flüchtlingen und Migranten
- Kinder und unbegleitete minderjährige Flüchtlinge
- Theorie und Praxis: Schwierige Situation anhand von Fallbeispielen (Traumatisierte Flüchtlinge, Untersuchung und Behandlung von Frauen aus muslimischen Ländern, Papierlose ...)

Termin: 04.06.2016 09:00 Uhr  
Ort: Kaisersaal, Futterstraße 15/16, 99084 Erfurt  
Leitung: Prof. Dr. med. August Stich, Würzburg  
Gebühr: 45 €  
Zertifizierung: 6 Punkte, Kategorie A

### ▪ 100-Stunden-Kurs Ernährungsmedizin nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

Termine: Teil 1: 29.08. bis 03.09.2016  
Teil 2: 16.01. bis 20.01.2017  
Ort: Kassenärztliche Vereinigung, Zum Hospitalgraben 8, Weimar  
Leitung: Prof. Dr. med. Günter Stein, Jena  
Gebühr: 1.400 €  
Zertifizierung: 100 Punkte, Kategorie H

### ▪ Intensiv-Weiterbildungskurs für Innere Medizin zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung

Termin: 05.09. bis 09.09.2016  
Ort: Universitätsklinikum, Erlanger Allee 101, Jena  
Leitung: Dr. med. Carsten Schmidt, Jena  
Gebühr: 400 €  
Zertifizierung: 40 Punkte, Kategorie A

### ▪ **Kinder- und Jugendpsychiatrischer Fortbildungstag**

- Störungen des Sozialverhaltens, Dissozialität und Gewalt
- Interventionen in Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe

Termin: 10.09.2016, 10:00 Uhr  
Ort: Universitätsklinikum Jena, Bachstraße 18, Jena  
Leitung: Dr. med. Ekkehart Englert, Erfurt  
Gebühr: gebührenfrei  
Zertifizierung: 4 Punkte, Kategorie A

### ▪ **Seminarreihe Arzt und Recht „Freiheitsentziehende Maßnahmen“**

- Einführung in die Problematik freiheitsentziehender Maßnahmen aus ärztlicher Sicht  
Referentin: Dr. med. Sabine Köhler
- Gesetzliche Grundlagen  
Referentin: Rechtsanwältin Angelika Kellner
- Medikamentöse Behandlungen/Behandlungen mit Psychopharmaka  
Referenten: Dr. med. Sabine Köhler, Rainer Heide
- Freiheitsentziehende Maßnahmen und Alternativen  
Referenten: Angela Börner, Evelyn von Chamier

Termin: 14.09.2016, 15:00 Uhr  
Ort: Universitätsklinikum Jena, Bachstraße 18, 07743 Jena  
Leitung: Dr. med. Sabine Köhler, Jena  
Gebühr: gebührenfrei  
Zertifizierung: 4 Punkte, Kategorie A

### ▪ **Fortbildungstag Laboratoriumsmedizin Gerinnungsdiagnostik: Vom Thrombozytenhemmer bis zu den neuen oralen Antikoagulantien**

Termin: 17.09.2016, 09:00 Uhr  
Ort: Augustinerkloster, Augustinerstraße 10, Erfurt  
Leitung: Dr. med. habil. Hans-Jürgen Wolff, Arnstadt  
Gebühr: gebührenfrei  
Zertifizierung: 4 Punkte, Kategorie A

### ▪ **13. Suchtmedizinischer Fortbildungstag**

Termin: 17.09.2016, 09:00 Uhr  
Ort: Universitätsklinikum Jena, Bachstraße 18, 07743 Jena  
Leitung: Dr. med. Katharina Schoett, Mühlhausen  
Gebühr: gebührenfrei  
Zertifizierung: 6 Punkte, Kategorie A

### ▪ **Hygienebeauftragter Arzt – 40-Stunden-Kurs (Modul I der Strukturierten curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene)**

Termin: 1. Teil: 29.09. bis 01.10.2016  
2. Teil: 14.10. bis 15.10.2016  
Ort: Universitätsklinikum, Erlanger Allee 101, 07747 Jena  
Leitung: Dr. med. Ute Helke Dobermann, Prof. Dr. med. Wolfgang Pfister, Dr. med. Stefan Hagel,  
Prof. Dr. med. Margarete Borg-von Zepelin, Mühlhausen  
Gebühr: 500 €  
Zertifizierung: 40 Punkte, Kategorie H

**Vergütung für Leistungen der Physiotherapie**

Stand: AOK PLUS	01.04.2015
BKK	01.01.2016
vdek	01.03.2016
IKK classic	01.07.2015
Knappschaft	01.02.2016
Landwirtschaftliche Krankenkasse	01.01.2016

Leistung	AOK	BKK	vdek	IKK	Knappschaft	Landw. KK
Krankengymnastik, auch Atemtherapie, auf neurophysiologischer Grundlage, als Einzelbehandlung Behandlungsrichtwert: 15 – 25 Min.	14,40	15,83	15,24	13,80	14,33	16,50
Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Gruppenbehandlung 2 – 5 Patienten Behandlungsrichtwert: 20 – 30 Min.	5,07	5,30	4,55	5,76	5,25	5,10
Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen, erworben nach Abschluss der Hirnreife (nach Bobath, Vojta, PNF), Einzelbehandlung Behandlungsrichtwert: 25 – 35 Min.	19,00	21,05	21,41	19,00	17,91	23,40
Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahr (nach Bobath, Vojta), Einzelbehandlung Behandlungsrichtwert: 30 – 45 Min.	25,00	27,80	27,46	24,00	22,52	30,30
Krankengymnastik bei cerebralen bedingten Funktionsstörungen für Kinder bis 14 Jahre, Gruppenbehandlung (2 – 4 Kinder) Behandlungsrichtwert: 20 – 30 Min.	7,34	8,01	9,56	7,62	7,43	8,00
Krankengymnastik (Atemtherapie) zur Behandlung von Mucoviscidose und schweren Bronchialerkrankungen, Einzelbehandlung Behandlungsrichtwert: 60 Min.	39,51	44,49	45,29	37,15	33,60	48,00
Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Patienten Behandlungsrichtwert: 60 Min.	25,51	27,57	30,84	24,61	24,49	29,60
Manuelle Therapie Behandlungsrichtwert: 15 – 25 Min.	16,50	18,08	17,50	15,35	15,61	18,60
Krankengymnastik im Bewegungsbad einschl. der erforderlichen Nachruhe, Einzelbehandlung Behandlungsrichtwert: 20 – 30 Min.	15,30	16,00	17,88	13,20	13,07	17,07
Krankengymnastik im Bewegungsbad, einschl. der erforderlichen Nachruhe; Gruppenbehandlung 2 – 3 Patienten Behandlungsrichtwert: 20 – 30 Min.		10,47	13,22	6,99		10,81

## Anlage 1 – Vergütungslisten der Heilmittel-Leistungen

Leistung	AOK	BKK	vdek	IKK	Knapp- schaft	Landw. KK
Krankengymnastik im Bewegungsbad; Gruppenbehandlung 4 – 5 Patienten, einschl. der erforderlichen Nachruhe Behandlungsrichtwert: 20 – 30 Min.		8,71	7,06	6,99		9,13
Krankengymnastik im Bewegungsbad; Gruppenbehandlung 2 – 5 Patienten, einschl. der erforderlichen Nachruhe Behandlungsrichtwert: 20 – 30 Min.	10,77				8,01	
Übungsbehandlung, Einzelbehandlung Behandlungsrichtwert: 10 – 20 Min.	5,42	6,72	6,27	4,82	5,53	5,84
Übungsbehandlung, Gruppenbehandlung (2–5 Personen) Behandlungsrichtwert: 10 – 20 Min.	4,10	3,94	4,22	3,04	3,51	3,95
Übungsbehandlung im Bewegungsbad einschl. der erforderlichen Nachruhe, Einzelbehandlung Behandlungsrichtwert: 20 – 30 Min.	13,59	15,42	16,85	11,45	11,24	17,07
Übungsbehandlung im Bewegungsbad einschl. der erforderlichen Nachruhe (2 – 3 Personen), Gruppenbehandlung Behandlungsrichtwert: 20 – 30 Min.		10,70	12,53	6,58	8,78	10,05
Übungsbehandlung im Bewegungsbad einschl. der erforderlichen Nachruhe, Gruppenbehandlung (4 – 5 Personen) Behandlungsrichtwert: 20 – 30 Min.	9,35	8,35	8,38	6,58	8,00	8,53
Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulen- gymnastik), einschl. der erforderl. Nachruhe Behandlungsrichtwert: 15 – 20 Min.	10,15	10,87	10,82	8,96	9,39	10,21
Massage einzelner o. mehrerer Körperteile, Spezialmassagen (Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage) Klassische Massagetherapie Behandlungsrichtwert: 15 – 20 Min. Bindegewebsmassage Richtwert: 20 – 30 Min.	9,50	10,94 12,01	10,58	9,09	9,36	11,10 11,10
Unterwasserdruckstrahlmassage einschl. der erforderlichen Nachruhe Behandlungsrichtwert: 15 – 20 Min.	15,81	16,48	17,54	14,87	14,73	17,68
Manuelle Lymphdrainage, Teilbehandlung Behandlungsrichtwert: 30 Min	14,90	16,51	16,64	15,00	14,25	20,25
Manuelle Lymphdrainage, Großbehandlung Mindestbehandlungszeit: 45 Min.	20,29	24,95	23,67	22,50	21,38	30,37
Manuelle Lymphdrainage, Ganzbehandlung Mindestbehandlungszeit: 60 Min.	32,09	34,50	37,30	30,00	30,00	40,50
Kompressionsbandagierung, einer Extremität (nach ärztlicher Verordnung nur in Verbindung mit manueller Lymphdrainage)	6,08	7,45	7,41	6,35	5,74	8,50



Leistung	AOK	BKK	vdek	IKK	Knapp- schaft	Landw. KK
Traktionsbehandlung mit Gerät, Behandlungsrichtwert: 10 – 20 Min, Einzelbehandlung,	3,81	4,23	4,55	3,23	3,06	3,90
Elektrobehandlung: modulierte Dreiecksim- pulse, feststehende Impulsparameter, Mittel- frequenztherapie, galvanische Durchflutung Behandlungsrichtwert: 10 – 20 Min.	4,02	4,49	4,45	3,34	3,49	4,00
Elektrostimulation bei Lähmungen Behandlungsrichtwert: 5 – 10 Min. je Muskelnerveneinheit	8,44	9,19	9,79	3,59	7,52	8,40
Ultraschall Behandlungsrichtwert: 10 – 20 Min.	5,00	7,78	8,82	6,57	6,41	6,25
Wärmeanwendung bei einem oder mehreren Körperteilen (Lichtbügel, Strahler, Heißluft) Behandlungsrichtwert: 10 – 20 Min.	3,43	3,93	3,19	3,18	3,12	2,98
Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile mit Paraffinen und/oder Peloiden (z. B. Fango/Moor/Pelose) einschl. der erforderlichen Nachruhe Behandlungsrichtwert: 20 – 30 Min.	7,49	8,62	8,53	7,74	7,67	8,00
Heiße Rolle Behandlungsrichtwert: 10 – 15 Min.	6,07	7,09	8,02	6,13	5,69	6,50
Inhalationstherapie Einzelinhalation (einschl. Medikament) Behandlungsrichtwert: 5 – 30 Min.	4,28	4,66	4,90	3,65	3,66	4,51
Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen Behandlungsrichtwert: 5 – 10 Min.	6,11	6,09	6,84	5,87	5,73	5,00
Hydroelektrisches Teilbad, Zweizellen- und Vierzellenbad Behandlungsrichtwert: 10 – 20 Min.	6,94	7,76	7,63	5,83	6,07	8,13
Hydroelektrisches Vollbad mit stabiler Galvanisation, einschl. der erforderlichen Nachruhe 10 – 20 Min. Behandlungsrichtwert: 30 Min.	13,81	13,55	15,27	11,97	11,81	13,93
Kohlensäurebäder auch mit Badezusatz, wenn mind. 1 g freies gasförmiges CO /kg Wasser in dem physikal. o. chem. bereiteten Bad enthalten ist, einschl. der erforderlichen Nachruhe Behandlungsrichtwert: 10 – 20 Min.	13,01	13,13	15,03	11,32	11,22	14,73
Kohlensäuregasbad Behandlungsrichtwert: 10 – 20 Min.	12,89	13,58	15,03	11,32	12,00	14,73
Kohlensäuregasbad als Teilbad Behandlungsrichtwert: 10 – 20 Min.		13,58	15,03	11,32		14,73

## Anlage 1 – Vergütungslisten der Heilmittel-Leistungen

Leistung	AOK	BKK	vdek	IKK	Knapp- schaft	Landw. KK
Bäder (Voll- oder Teilbäder) mit Peloiden (z. B. Fango, Schlick oder Moor) mit starker ther- mischer Reizwirkung, auch mit Resorption ihrer löslichen Substanzen, einschl. der erforderlichen Nachruhe						
Vollbad 15 – 45 Min.	27,34	28,49	31,33	23,26	23,97	28,74
Teilbad 15 – 25 Min.	20,64	21,54	23,70	17,54	18,17	21,82
Standardisierte Heilmittelkombination – D1 Behandlungsrichtwert: 60 Min.	31,63	34,56	35,09	29,99	30,76	35,60
Hausbesuch nur eines Patienten in einer sozialen Einrichtung (inkl. Wegegeld)			10,91			
Bei Besuch eines weiteren Patienten derselben Gemeinschaft (auch Alters- und Pflegeheime) im unmittelbaren Zusammenhang, inkl. Wegegeld	5,00	6,41	6,01	5,09	4,75	4,90
Wegegebühren in geschlossenen Ortschaften, Pauschale je Besuch			2,56			
Sofern Ortsgrenzen überschritten werden, Pauschale je Besuch			2,56			
oder						
Kilometer			0,27			
Mitteilung/Bericht an den Arzt, Übermittlungsgebühr, kann auf Anforderung des Arztes einmal pro Verordnung abgerechnet werden			0,70	0,62		0,70
Hausbesuch inkl. Wegegeld	8,90	11,16	10,91	8,63	9,50	10,80

Angaben in Euro (Bruttowerte inkl. 10 % Zuzahlung)

**Vergütung für podologische Leistungen**

Stand: AOK PLUS	01.07.2015
BKK	01.09.2014
vdek	01.04.2015
IKK classic	01.01.2015
Knappschaft	01.09.2016
Landwirtschaftliche Krankenkasse	01.09.2015

Leistung	AOK	BKK	vdek	IKK	Knappschaft	Landw. KK
Hornhautabtragung/-bearbeitung an beiden Füßen, Richtwert 20 – 30 Min.	12,10	15,35	14,19	12,91	15,55	16,25
Nagelbearbeitung an beiden Füßen, Richtwert 20 – 25 Min.	10,92	14,15	13,01	11,65	14,15	14,66
Podologische Komplexbehandlung (Hornhautbehandlung und Nagelbearbeitung) an beiden Füßen, Richtwert 40 – 50 Min.	23,75	28,05	25,42	24,36	28,10	29,58
Hornhautabtragung/-bearbeitung an einem Fuß, Richtwert 10 – 15 Min.	7,58	9,00	9,46	8,08	9,40	9,74
Nagelbearbeitung an einem Fuß, Richtwert 10 – 15 Min.	6,34	7,65	8,27	6,75	8,00	8,10
Podologische Komplexbehandlung (Hornhautbehandlung und Nagelbearbeitung) an einem Fuß, Richtwert 20 – 25 Min.	12,65	15,50	14,19	13,50	15,55	16,28
Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch (pauschal)	8,50	9,25	9,46	8,12	9,50	10,25
Besuch mehrerer Kranker derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Altenheim) im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang (nicht zusammen mit Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch), je Person	3,50	5,10		3,47	4,75	5,02
Wegegeld je Kilometer		0,30				

Angaben in Euro (Bruttowerte inkl. 10 % Zuzahlung)

## Vergütung für logopädische/sprachtherapeutische Leistungen

Stand: AOK PLUS	01.07.2015
BKK	01.01.2016
vdek	01.02.2016
IKK classic	01.05.2015
Knappschaft	01.01.2015
Landwirtschaftliche Krankenkasse	01.01.2016

Leistung	AOK	BKK	vdek	IKK	Knapp- schaft	Landw. KK
Logopädische Erstuntersuchung, Richtwert 60 Min. (je Behandlungsfall nur einmal abrechenbar)	49,18	59,20	66,43	55,00	48,50	77,21
Logopädische Befunderhebung für sprachentwicklungsgestörte Kinder und bei zentralen Sprachstörungen unter Anwendung standardisierter Testverfahren (je Behandlungsfall nur einmal abrechenbar)					26,93	
Logopädische Einzelbehandlung, Therapiezeit ca. 30 Min.	22,53	23,20	24,36	22,75	22,60	27,18
Logopädische Einzelbehandlung, Therapiezeit ca. 45 Min.	31,49	34,00	36,54	32,17	31,00	40,78
Logopädische Einzelbehandlung, Therapiezeit ca. 60 Min.	39,42	41,25	44,29	39,77	38,00	54,36
Gruppentherapie mit 2 Patienten, Therapiezeit 45 Min., je Teilnehmer	23,26	30,00	33,22	22,57	24,00	36,69
Gruppentherapie mit 3 – 5 Patienten, Therapiezeit 45 Min., je Teilnehmer	13,69	18,00	22,14	13,22	15,00	14,95
Gruppentherapie mit 2 Patienten, Therapiezeit 60 Min., je Teilnehmer	29,55	44,00		28,40		
Gruppentherapie mit 2 Patienten, Therapiezeit 90 Min., je Teilnehmer			45,40		38,00	73,38
Gruppentherapie, bei 3 – 5 Patienten, 60 Min., je Teilnehmer	16,15	30,54		15,66		
Gruppentherapie, bei 3 – 5 Patienten, 90 Min., je Teilnehmer		25,45	38,75		24,00	29,90
Behandlung im Hause des Patienten bei ärztlich verordnetem Hausbesuch – Zuschlag, inkl. Wegegeld	6,33	6,60	13,02	6,13	6,15	12,80
Behandlung weiterer Patienten in einer Gemeinschaft/Einrichtung am gleichen Tag	2,63	4,30		2,58	2,50	6,26

Leistung	AOK	BKK	vdek	IKK	Knapp- schaft	Landw. KK
Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung inkl. Wegegeld (Einsatzpauschale) je Patient						6,79
Wegegeld je Kilometer	0,30	0,32		0,32	0,30	
Ausführlicher sprachtherapeutischer Bericht auf Anforderung der Krankenkasse					27,10	
Mitteilung/Bericht an den Arzt, Übermitt- lungsgebühr, kann auf Anforderung des Arztes einmal pro Verordnung abgerech- net werden				0,64		

Angaben in Euro (Bruttowerte inkl. 10 % Zuzahlung)

## Vergütung für ergotherapeutische/beschäftigungstherapeutische Leistungen

Stand: AOK PLUS	01.07.2015
BKK	01.03.2016
vdek	01.10.2015
IKK classic	01.08.2015
Knappschaft	01.03.2016
Landwirtschaftliche Krankenkasse	01.07.2015

Leistung	AOK	BKK	vdek	IKK	Knapp- schaft	Landw. KK
Ergotherapeutische Funktionsanalyse	13,11		19,46		17,65	
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei motorischen Störungen, 45 Min., einschl. Vor- und Nachbereitung (1a)	22,88	24,30	26,16	20,30	21,95	28,41
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei motorischen Störungen und gleichzeitiger Anwesenheit von 2 Patienten, pro Patient			20,93			22,73
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung bei motorischen Störungen (3 – 5 Patienten), 45 Min., einschl. Vor- und Nachbereitung	8,27	9,53	10,01	8,11	8,97	9,87
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, 60 Min., einschl. Vor- und Nachbereitung (1b)	31,93	34,10	34,77	31,30	31,25	38,38
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen und gleichzeitiger Anwesenheit von 2 Patienten, pro Patient			27,82			30,70
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, (3 – 5 Patienten), 60 Min., einschl. Vor- und Nachbereitung (1b)	11,13	12,55	12,93	11,33	11,61	12,72
Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung, 45 Min., einschl. Vor- und Nachbereitung	22,88	26,86	28,92	22,00	23,20	31,15
Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung bei gleichzeitiger Anwesenheit von 2 Patienten, pro Patient			23,14			24,92
Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining, Gruppenbehandlung, 3 – 5 Patienten, 45 – 60 Min., einschl. Vor- und Nachbereitung	11,13	12,55	12,93	11,33	11,61	12,72

Leistung	AOK	BKK	vdek	IKK	Knapp-schaft	Landw. KK
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen, 75 Min., einschl. Vor- und Nachbereitung	37,81	41,50	43,89	37,50	37,75	48,15
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen und gleichzeitiger Anwesenheit von 2 Patienten, pro Patient			35,12			38,52
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, 120 – 150 Min.	37,81 je Einheit	41,50 je Einheit	80,26		37,75 je Einheit	90,27
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, 180 – 240 Min.	20,23 je Einheit u. Patient	22,87 je Einheit u. Patient	44,09	20,11	20,73 je Einheit	44,10
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3 – 5 Patienten), bei psychisch-funktionellen Störungen, 90 – 120 Min.	20,23 je Einheit u. Patient	22,87	23,80	20,11	20,73	23,52
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung bei psychischen Störungen (3 – 5 Patienten), mind. 90 – 120 Min., je Patient		19,57 je Patient				
Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (zzgl. Kilometergeld), nur einmal pro Behandlungsfall abrechenbar			80,69			92,35
Ergotherapeutische Befunderhebung, einschl. Beratung, Erstellung eines Therapieplanes nach Kontaktaufnahme zu den behandelnden Ärzten sowie Bezugspersonen und weiteren (auch interdisziplinären) Therapeuten (nur im Rahmen der ersten Behandlungsserie einmal abrechenbar)	11,90	17,54		12,80		20,29
Thermische Anwendungen – Wärme oder Kälte – (nur zusätzlich neben 1a und 1b abrechenbar)	3,31	3,79	3,99	3,18	3,36	4,34
Herstellung u. Anpassung ergotherapeut. postoperativer temporärer Schienen ohne Kostenvoranschlag	bis 105,00	bis 149,99	bis 150,00	bis 105,00	bis 150,00	bis 150,00
Herstellung u. Anpassung ergotherapeut. postoperativer temporärer Schienen mit Kostenvoranschlag	ab 105,00	ab 150,00	ab 150,00	ab 105,00	ab 150,00	ab 150,00
Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,36	7,10	11,43	6,05	7,70	12,85
Behandlung weiterer Patienten in einer Einrichtung/Gemeinschaft am gleichen Tag	5,50			2,50	3,96	
Behandlung weiterer Patienten in einer Einrichtung/Gemeinschaft am gleichen Tag inkl. Wegegeld		5,41	7,10			8,39

## Anlage 1 – Vergütungslisten der Heilmittel-Leistungen

---

<b>Leistung</b>	<b>AOK</b>	<b>BKK</b>	<b>vdek</b>	<b>IKK</b>	<b>Knapp- schaft</b>	<b>Landw. KK</b>
Wegegeld je Kilometer		0,32	0,32	0,30	0,30	0,32
Wegegeldpauschale je Besuch		2,97		2,84	2,70	
Verwaltungsaufwand für Therapeut-Arzt-Bericht (nur einmal je Verordnung abrechenbar)			0,62	0,62		0,62

Angaben in Euro (Bruttowerte inkl. 10 % Zuzahlung)



# Richtlinie



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

## **des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V**

### **(Krankentransport-Richtlinie)**

in der Fassung vom 22. Januar 2004  
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2004 Nr. 18 (S. 1 342)

zuletzt geändert am 18. Februar 2016  
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 04.05.2016 B2  
in Kraft getreten am 5. Mai 2016

**Inhalt**

<b>§ 1</b>	<b>Allgemeines .....</b>	<b>3</b>
<b>§ 2</b>	<b>Verordnung .....</b>	<b>3</b>
<b>§ 3</b>	<b>Notwendigkeit der Beförderung.....</b>	<b>3</b>
<b>§ 4</b>	<b>Auswahl des Beförderungsmittels .....</b>	<b>3</b>
<b>§ 5</b>	<b>Rettungsfahrten .....</b>	<b>4</b>
<b>§ 6</b>	<b>Krankentransporte.....</b>	<b>4</b>
<b>§ 7</b>	<b>Krankenfahrten .....</b>	<b>4</b>
<b>§ 8</b>	<b>Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung.....</b>	<b>5</b>
<b>§ 9</b>	<b>Genehmigung.....</b>	<b>6</b>
<b>§ 10</b>	<b>Information des Versicherten .....</b>	<b>6</b>
<b>Anlage 1:</b>	<b>Inhalt der Verordnung.....</b>	<b>7</b>
<b>Anlage 2:</b>	<b>Ausnahmefälle nach § 8 Absatz 2 der Richtlinie.....</b>	<b>8</b>

Der G-BA strebt eine sprachliche Gleichberechtigung der Geschlechter an. Die Verwendung von geschlechtlichen Paarformen würde aber Verständlichkeit und Klarheit der Richtlinie erheblich einschränken. Die in dieser Richtlinie verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb auch jeweils in ihrer weiblichen Form.

## § 1 Allgemeines

<sup>1</sup>Diese Richtlinie gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V regelt die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransporten und Rettungsfahrten in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung. <sup>2</sup>Die Leistungen sind nach § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 SGB V vertragsärztlich oder vertragszahnärztlich zu verordnen.

## § 2 Verordnung

(1) <sup>1</sup>Für die Verordnung einer Krankenbeförderungsleistung hat der Vertragsarzt oder der Vertragszahnarzt

- die Notwendigkeit der Beförderung nach § 3 zu prüfen und
- das erforderliche Transportmittel nach Maßgabe der §§ 4 bis 7 auszuwählen.

<sup>2</sup>Die Verordnung ist auf dem jeweils vereinbarten Vordruck auszustellen. <sup>3</sup>Die Inhalte der Verordnung sind in Anlage 1 geregelt.

(2) <sup>1</sup>Der Vertragsarzt oder der Vertragszahnarzt soll die Verordnung vor der Beförderung ausstellen. <sup>2</sup>Nur in Ausnahmefällen, insbesondere in Notfällen, kann er nachträglich verordnen. <sup>3</sup>Ein Notfall liegt vor, wenn sich der Versicherte in Lebensgefahr befindet oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn er nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhält.

(3) Bei Fahrten mit dem privaten Kraftfahrzeug oder mit einem öffentlichen Verkehrsmittel ist eine Verordnung nicht erforderlich.

(4) Für die Fahrten zu ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen ist ebenfalls keine Verordnung auszustellen, sondern der Versicherte zur Klärung der An- und Abreise direkt an seine Krankenkasse zu verweisen.

## § 3 Notwendigkeit der Beförderung

(1) <sup>1</sup>Voraussetzung für die Verordnung von Beförderungsleistungen ist, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. <sup>2</sup>Der zwingende medizinische Grund ist auf der Verordnung anzugeben. <sup>3</sup>Liegt ein solcher zwingender medizinischer Grund nicht vor, z. B. Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen, ist die Verordnung unzulässig.

(2) <sup>1</sup>Notwendig im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort des Versicherten und der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit. <sup>2</sup>Die Notwendigkeit der Beförderung ist für den Hin- und Rückweg gesondert zu prüfen.

## § 4 Auswahl des Beförderungsmittels

<sup>1</sup>Maßgeblich für die Auswahl des Beförderungsmittels gemäß der §§ 5 bis 7 ist ausschließlich die zwingende medizinische Notwendigkeit im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. <sup>2</sup>Für die Auswahlentscheidung sind deshalb insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand des Versicherten und seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen.

## § 5 Rettungsfahrten

- (1) Der Versicherte bedarf einer Rettungsfahrt, wenn er aufgrund seines Zustands mit einem qualifizierten Rettungsmittel (Rettungswagen, Notarztwagen, Rettungshubschrauber) befördert werden muss oder der Eintritt eines derartigen Zustands während des Transports zu erwarten ist.
- (2) Rettungswagen (RTW) sind für Notfallpatienten zu verordnen, die vor und während des Transportes neben den Erste-Hilfe-Maßnahmen auch zusätzlicher Maßnahmen bedürfen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrecht zu erhalten oder wieder herzustellen.
- (3) <sup>1</sup>Notarztwagen (NAW) sind für Notfallpatienten zu verordnen, bei denen vor oder während des Transportes lebensrettende Sofortmaßnahmen durchzuführen oder zu erwarten sind, für die ein Notarzt erforderlich ist. <sup>2</sup>Dies gilt entsprechend für die Verordnung von Notarzteinsatzfahrzeugen (NEF).
- (4) <sup>1</sup>Rettungshubschrauber (RTH) sind zu verordnen, wenn ein schneller Transport des Patienten mit einem bodengebundenen Rettungsmittel nicht ausreichend ist. <sup>2</sup>Darüber hinaus sind Rettungshubschrauber anzufordern, wenn eine schnellere Heranführung des Notarztes an den Notfallort zur Durchführung lebensrettender Maßnahmen oder zur Herstellung der Transportfähigkeit des Patienten mit dem jeweils geeigneten Transportmittel notwendig ist.
- (5) Rettungswagen, Notarztwagen, Notarzteinsatzfahrzeuge und Rettungshubschrauber sind über die örtlich zuständige Rettungsleitstelle anzufordern.

## § 6 Krankentransporte

- (1) <sup>1</sup>Ein Krankentransport kann verordnet werden, wenn der Versicherte während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen des Krankentransportwagens (KTW) bedarf oder deren Erforderlichkeit aufgrund seines Zustandes zu erwarten ist. <sup>2</sup>Die fachliche Betreuung in Krankentransportwagen wird nach den maßgeblichen landesrechtlichen Vorschriften durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal gewährleistet. <sup>3</sup>Die medizinisch-technische Einrichtung ist auf die Beförderung von Nicht-Notfallpatienten ausgelegt.
- (2) Der Krankentransport soll auch dann verordnet werden, wenn dadurch die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten der Versicherten vermieden werden kann.
- (3) <sup>1</sup>Krankentransporte zur ambulanten Behandlung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. <sup>2</sup>Dies gilt nicht für Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V oder zu einer ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V.

## § 7 Krankenfahrten

- (1) <sup>1</sup>Krankenfahrten sind Fahrten, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt werden. <sup>2</sup>Zu den Mietwagen zählen z. B. auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung zur Beförderung von Rollstuhlfahrern. <sup>3</sup>Eine medizinisch-fachliche Betreuung des Versicherten findet in diesen Fällen nicht statt.
- (2) Die Verordnung einer Krankenfahrt mit einem Taxi oder Mietwagen ist zulässig, bei
  - a) Fahrten zu Leistungen, die stationär erbracht werden (§ 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V),

- b) Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V, wenn dadurch eine aus medizinischer Sicht gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,
- c) Fahrten zu einer ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis mit im Zusammenhang mit dieser Operation erfolgreicher Vor- oder Nachbehandlung.

Einzelheiten zu den Regelungen zu b) und c) sind in § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V i. V. m. §§ 115a und 115b SGB V und den darauf beruhenden Vereinbarungen einschließlich dem gem. § 115b Absatz 1 SGB V gültigen Katalog geregelt.

(3) Die Krankenfahrt mit einem Mietwagen oder einem Taxi ist nur dann zu verordnen, wenn der Versicherte aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzen kann.

(4) Kann der Versicherte mit einem privaten Kraftfahrzeug oder öffentlichen Verkehrsmitteln fahren, stellt der Vertragsarzt oder der Vertragszahnarzt in den Fällen des Absatzes 2 Buchstabe c und des § 8 keine Verordnung, aber auf Wunsch des Versicherten eine Anwesenheitsbescheinigung zur Vorlage bei seiner Krankenkasse aus.

(5) Falls mehrere Patienten gleichzeitig zum selben Ziel gefahren werden müssen, hat der Vertragsarzt oder der Vertragszahnarzt je Patient eine Sammelfahrt unter Angabe der Patientenzahl zu verordnen, sofern keine medizinischen Gründe dagegen stehen.

## **§ 8 Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung**

(1) <sup>1</sup>In besonderen Ausnahmefällen können auch Fahrten zur ambulanten Behandlung außer der in § 7 Absatz 2 Buchstaben b) und c) geregelten Fälle bei zwingender medizinischer Notwendigkeit von der Krankenkasse übernommen und vom Vertragsarzt oder vom Vertragszahnarzt verordnet werden. <sup>2</sup>Sie bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.

(2) <sup>1</sup>Voraussetzungen für eine Verordnung und eine Genehmigung sind,

- dass der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist,

und

- dass diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

<sup>2</sup>Diese Voraussetzungen sind in den in Anlage 2 dieser Richtlinie genannten Ausnahmefällen in der Regel erfüllt. Diese Liste ist nicht abschließend.

(3) <sup>1</sup>Daneben kann die Fahrt zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" oder einen Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in die Pflegestufe 2 oder 3 bei der Verordnung vorlegen. <sup>2</sup>Die Krankenkassen genehmigen auf ärztliche Verordnung Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten, die keinen Nachweis nach Satz 1 besitzen, wenn diese von einer der Kriterien von Satz 1 vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

(4) <sup>1</sup>Die zwingende medizinische Notwendigkeit einer Verordnung der Fahrt und des Beförderungsmittels ist zu begründen. <sup>2</sup>Fahrten, für die ein zwingender medizinischer Grund nicht vorliegt, z. B. Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen, sind keine Krankenkassenleistung.

-

## **§ 9 Genehmigung**

<sup>1</sup>Fahrten nach § 6 Absatz 3 sowie § 8 dieser Richtlinie bedürfen einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Genehmigungspflichtige Verordnungen sind der Krankenkasse frühzeitig vorzulegen. <sup>2</sup>Dauer und Umfang (z. B. Transportmittel, Hin- und Rückfahrt) der Genehmigung werden von der Krankenkasse festgelegt.

## **§ 10 Information des Versicherten**

Der Versicherte soll darüber unterrichtet werden, dass seine Zuzahlung gemäß § 61 Satz 1 SGB V grundsätzlich zehn von Hundert der Kosten je Fahrt - mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro, allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten der Fahrt - beträgt. Nur Versicherte, deren Zuzahlungen die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V überschritten haben, sind bei Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung der Krankenkasse für den Rest des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen befreit.

**Anlage 1:** Inhalt der Verordnung

In der Verordnung hat der Vertragsarzt oder der Vertragszahnarzt insbesondere anzugeben:

- 1. Das medizinisch notwendige Transportmittel**
- 2. Die Begründung der zwingenden medizinischen Notwendigkeit möglichst unter Angabe des Diagnoseschlüssels nach ICD 10**
- 3. Die Hauptleistung der Krankenkasse, für die der Transport als Nebenleistung erbracht wird:**
  - vollstationäre Leistung
  - vor- oder nachstationäre Behandlung im Krankenhaus unter Angabe der Behandlungsdaten
  - (bei Organtransplantationen mit Angabe des Datums der Transplantation)
  - teilstationäre Leistung
  - ambulante Behandlung im Krankenhaus
  - ambulante Behandlung in der Vertragsarztpraxis
  - Vor- und Nachbehandlung bei ambulanter Operation unter Angabe der Behandlungsdaten
  - ambulante Operation mit Angabe des Datums der Operation
- 4. Ausgangsort:**
  - Wohnung
  - (Zahn-)Arztpraxis
  - Krankenhaus
  - sonstiger Ausgangsort mit entsprechender Angabe
- 5. Zielort:**
  - Wohnung
  - (Zahn-)Arztpraxis
  - Krankenhaus
  - sonstiger Zielort mit entsprechender Angabe
- 6. Art des Transportes:**
  - Sammelfahrt ja/nein; Anzahl der Mitfahrer
  - Wartezeit ja/nein; Dauer der Wartezeit
- 7. Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden (§ 294a SGB V):**
  - Anhaltspunkte für:
  - Arbeitsunfall / -folgen,
  - sonstiger Unfall, sonstige Unfallfolgen
  - Berufskrankheit
  - Versorgungsleiden (u.a. BVG)
  - Gewaltanwendung
  - Sonstiges
- 8. besonders anzugebende Leistungen:**
  - Zeitraum bei Serienverordnung gemäß § 8 der Richtlinie
  - erforderliche Ausstattung bei Krankenfahrten (z. B. rollstuhlgerechte Vorrichtung)
  - erforderliche Betreuung während des Transports (notärztlich, fachlich, Trageleistung etc.)
- 9. bei Fahrten zur ambulanten Behandlung Angabe des Ausnahmefalles gemäß § 8 der Richtlinie**

**Anlage 2:** Ausnahmefälle nach § 8 Absatz 2 der Richtlinie

Ausnahmefälle gemäß § 8 Absatz 2 sind in der Regel:

- Dialysebehandlung
- onkologische Strahlentherapie
- parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie/parenterale onkologische Chemotherapie



## INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

**Geriatrie**

Mai 2016

### Spezialisierte geriatrische Diagnostik ab 1. Juli 2016 qualitätsgesichert – Wissenswertes für Vertragsärzte

Ältere Patienten mit mehreren Erkrankungen haben mitunter einen besonderen Behandlungsbedarf. Hier setzt die spezialisierte geriatrische Diagnostik an. Durch sie sollen spezialisierte Geriater den individuellen Behandlungsbedarf eines Patienten ermitteln und einen Behandlungsplan erstellen. Der Vertragsarzt, der den Patienten überwiesen hat, nutzt diesen dann für das Einleiten und Koordinieren geeigneter, wohnortnaher Therapiemaßnahmen.

Die spezialisierte geriatrische Diagnostik wird zum 1. Juli 2016 in den EBM aufgenommen (Abschnitt 30.13). Spezialisierte geriatrische Vertragsärzte und Geriatrische Institutsambulanzen (GIA), die zur ambulanten Versorgung ermächtigt sind, können die neuen Leistungen abrechnen. Sie müssen eine Genehmigung bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) beantragen. Die Anforderungen hierzu regelt eine Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-Vereinbarung). Was spezialisierte geriatrische Vertragsärzte wissen sollten und welche Rolle überweisende Vertragsärzte spielen, stellen wir vor.

#### WESENTLICHE REGELUNGEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

In der QS-Vereinbarung ist festgelegt, welche Anforderungen ab 1. Juli 2016 an die Durchführung der spezialisierten geriatrischen Diagnostik gestellt werden. Die neuen Leistungen sind begrenzt auf Patienten, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Erkrankung einen besonderen Versorgungsbedarf haben. Sie müssen das 70. Lebensjahr vollendet und mindestens zwei geriatrische Syndrome haben (alternativ mind. ein geriatrisches Syndrom und eine Pflegestufe). Zu den Syndromen können Mobilitätsstörungen einschließlich Fallneigung und Altersschwindel gehören, aber auch Inkontinenz oder ein therapieresistentes chronisches Schmerzsyndrom.

#### Anforderungen an die Diagnostik

Zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik gehört die Durchführung weiterführender geriatrischer Assessments. Anhand dieser Verfahren werden etwa die Selbstversorgungsfähigkeit des Patienten, Mobilität, Kognition, Emotion, Ernährung, Schmerz und instrumentelle Aktivitäten erfasst.

Darüber hinaus ermitteln die Ärzte relevante Kontextfaktoren. Dies erfolgt unter Verwendung eines Sozialassessments in mindestens fünf Bereichen (z. B. soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche / außerhäusliche Aktivitäten, Pflegebedarf, Hilfsmittelbedarf).

Um Funktionsstörungen und Risiken zu erkennen, können weitere syndrombezogene geriatrische Untersuchungen oder vertiefende Assessmentverfah-

Neu im EBM:  
Spezialisierte  
geriatrische  
Diagnostik

KV-Genehmigung  
beantragen

QS-Vereinbarung  
am 1. Juli in Kraft

Patienten ab 70  
Jahren

Mindestens zwei  
geriatrische  
Syndrome

Weiterführendes  
geriatrisches  
Assessment

ren durchgeführt werden. Ergänzend findet eine Bewertung der geriatrischen Syndrome statt. Bei den Assessments ist je nach Bedarf mindestens ein Physiotherapeut, ein Ergotherapeut oder ein Logopäde einzubinden.

### Behandlungsplan

Der spezialisierte geriatrische Arzt ist verpflichtet, anhand der Testergebnisse und Untersuchungen einen schriftlichen Behandlungsplan für den überweisenden Vertragsarzt zu erstellen. Der Plan definiert unter Berücksichtigung der Erkrankung und der Lebenssituation des Patienten allgemeine und persönliche Behandlungsziele. Er beinhaltet auch Empfehlungen für die medikamentöse Therapie sowie gegebenenfalls zu Heil- und Hilfsmitteln. Zudem schließt der Plan auch Empfehlungen zur gegebenenfalls notwendigen weiteren Diagnostik und Überwachung ein.

### Fachliche Befähigung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik

Die fachliche Befähigung besitzen Fachärzte für

- Innere Medizin und Geriatrie
- Innere Medizin
  - entweder mit der Schwerpunktbezeichnung „Geriatrie“
  - oder mit der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ (Weiterbildungsordnung vor 2003)
- Allgemeinmedizin (Hausarzt)
  - entweder mit der Schwerpunktbezeichnung „Geriatrie“
  - oder mit der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ (Weiterbildungsordnung vor 2003)
- Neurologie
  - entweder mit der Schwerpunktbezeichnung „Geriatrie“
  - oder mit der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ (Weiterbildungsordnung vor 2003)
- Nervenheilkunde mit der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ (Weiterbildungsordnung vor 2003)
- Psychiatrie und Psychotherapie
  - entweder mit Schwerpunkt „Geriatrie“
  - oder mit der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ (Weiterbildungsordnung vor 2003)
- Physikalische und Rehabilitative Medizin mit der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ (Weiterbildungsordnung vor 2003)
- sowie Vertragsärzte mit der Zusatzbezeichnung „Geriatrie“

### Alternative fachliche Anforderungen

Fachärzte für Innere Medizin, Allgemeinmedizin oder Physikalische und Rehabilitative Medizin ohne Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung „Geriatrie“ erhalten eine Genehmigung, wenn sie Folgendes nachweisen:

- Behandlung von 100 Patienten im Jahr vor der Antragstellung, die:
  - 70 Jahre oder älter sind
  - und mindestens zwei der folgenden geriatrischen Syndrome aufweisen oder mindestens ein geriatrisches Syndrom und ei-

Therapeuten  
einbinden

Behandlungsplan  
erstellen

Fachliche  
Anforderungen

Was alternativ  
nachgewiesen  
werden kann

ne Pflegestufe nach § 15 SGB XI haben:

- multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel
- komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art
- Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)
- Dysphagie
- Inkontinenz(en)
- Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom,
- eine besondere geriatrische Qualifikation mit 160 Stunden Umfang
- sowie fünf Jahre vertragsärztliche Berufserfahrung
- und eine zwölfmonatige Tätigkeit in einer medizinisch-geriatrischen Einrichtung unter Anleitung eines Geriaters oder Arztes, der die fachlichen Genehmigungsvoraussetzungen erfüllt (siehe fachliche Befähigung oben), wobei statt zwölf auch sechs Monate ausreichen, wenn sich der Antragsteller verpflichtet, die restliche Zeit in den vier Jahren nach dem Genehmigungserhalt zu absolvieren.

#### Übergangsregelung für Teilnehmer an Strukturverträgen

Eine Übergangsregelung ermöglicht einen erleichterten Zugang für Ärzte, die vor dem 1. Juli 2016 mindestens ein Jahr an einem regionalen Strukturvertrag oder einem Vertrag zur besonderen Versorgung, der auch spezialisierte geriatrische Diagnostikleistungen beinhaltet, teilgenommen haben. Als fachliche Befähigung müssen sie ihre Vertragsteilnahme sowie 20 Fortbildungspunkte zu geriatrispezifischen Themen innerhalb von zwei Jahren vor Antragstellung nachweisen. Die Übergangsregelung gilt bis Ende 2016.

#### Aufrechterhalten der fachlichen Befähigung

Die Anforderung zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung richtet sich sowohl an Vertragsärzte, als auch an ermächtigte GIA. Sie müssen gegenüber der KV alle zwei Jahre 48 Fortbildungspunkte nachweisen.

#### Weitere Regelungen der Qualitätssicherung

- **Abklärung vor Diagnostik:** Vor jeder spezialisierten geriatrischen Diagnostik muss zunächst geklärt werden, ob ein geriatrischer Patient hierfür überhaupt geeignet ist. Diese Abklärung findet ohne Patientenkontakt zwischen der spezialisierten geriatrischen Praxis und dem überweisenden Vertragsarzt statt (siehe unten Rolle des Hausarztes).
- **Kooperation mit weiteren Berufsgruppen:** Die geriatrische Schwerpunktpraxis hat mit weiteren Berufsgruppen wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder Logopäden zu kooperieren. Im Rahmen der Assessments ist je nach Bedarf mindestens eine dieser Berufsgruppen einzubinden.
- **Organisation und Kommunikation:** Die geriatrische Schwerpunktpraxis muss mindestens zwei Mal jährlich multiprofessionelle Qualitätszirkel und regelmäßig Schulungen für die Praxismitarbeiter organisieren

Übergangsregelung für Ärzte in Strukturverträgen

Fortbildungspunkte nachweisen

Auch geregelt: Abklärung vor der Diagnostik

Kooperation mit weiteren Berufsgruppen

Qualitätszirkel und Schulungen organisieren

ren. Zudem sind patientenorientierte Fallbesprechungen mit den eingebundenen Berufsgruppen durchzuführen.

- **Zugang und Räume:** Der Zugang zur Praxis sowie zu den Untersuchungsräumen muss behindertengerecht sein. Dabei soll Barrierefreiheit im Sinne der DIN 18040-1 angestrebt werden, sie wird allerdings nicht verbindlich gefordert.

Die Assessments können in der Schwerpunktpraxis durchgeführt werden oder in den Räumen der Therapeuten, die sich jedoch in unmittelbarer räumlicher Nähe befinden müssen.

Es ist vorgesehen, dass die spezialisierte geriatrische Diagnostik evaluiert wird. Die KBV konnte erreichen, dass dies auf Basis von Routinedaten aus der Abrechnung erfolgt und somit für die Ärzte keine zusätzliche Dokumentation erforderlich ist.

### ROLLE DES ÜBERWEISENDEN HAUSARZTES

Eine Besonderheit im Rahmen der spezialisierten geriatrischen Versorgung ist die patientenorientierte Vorabklärung. Hierbei spielt der überweisende Hausarzt des geriatrischen Patienten eine wichtige Rolle.

In Kooperation mit dem Hausarzt können Patienten im Ausnahmefall auch von Fachärzten für Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Nervenheilkunde sowie von Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie überwiesen werden.

#### Patientenorientierte Vorabklärung

Der überweisende Vertragsarzt klärt zunächst mit dem spezialisierten Geriater ab, ob der Patient für eine weiterführende geriatrische Diagnostik geeignet ist und gegebenenfalls zusätzliche (Vor-) Befunde für das weiterführende Assessments erforderlich sind. Die patientenorientierte Vorabklärung erfolgt zwischen dem überweisenden Vertragsarzt und dem spezialisierten Geriater ohne Patientenkontakt. Sie kann auch im Sinne eines Konsils fallabschließend sein und eine Vorstellung des Patienten in der geriatrischen Schwerpunktpraxis zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik erübrigen.

#### Einleiten und Koordinieren der Therapie

Das Einleiten und Koordinieren der Therapiemaßnahmen nach einer spezialisierten geriatrischen Diagnostik ist ebenfalls Aufgabe des Hausarztes. Ihm wird dafür der Behandlungsplan zur Verfügung gestellt.

Da die Hausärzte vor und nach der weiterführenden spezialisierten geriatrischen Diagnostik eine wichtige Rolle spielen, werden auch für sie zum 1. Juli 2016 neue Abrechnungsziffern in den EBM aufgenommen.

Eine Übersicht der neuen Gebührenordnungspositionen, und welcher Arzt sie jeweils abrechnen darf, finden Sie am Ende der Praxisinformation. Alle Leistungen werden extrabudgetär vergütet.

#### Mehr Informationen

QS-Vereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik:

[www.kbv.de/html/qualitaetssicherung.php](http://www.kbv.de/html/qualitaetssicherung.php)

Informationen zur Vergütung: [www.kbv.de/html/1150\\_21575.php](http://www.kbv.de/html/1150_21575.php)

Behindertengerechter  
Praxiszugang

Evaluation auf  
Grundlage von  
Routinedaten

Überweisender  
Hausarzt

Auch bestimmte  
Fachärzte können  
überweisen

Weiterbehandelnder  
Hausarzt

Vergütung  
extrabudgetär

QS-Vereinbarung  
im Internet

**SPEZIALISIERTE GERIATRISCHE DIAGNOSTIK**  
**DIE NEUEN LEISTUNGEN IM ABSCHNITT 30.13 EBM IM ÜBERBLICK**

GOP	Bewertung	Beschreibung	Wer darf abrechnen?
30980	194 Punkte, einmal im Krankheitsfall	<b>Vorabklärung</b> durch den überweisenden Hausarzt	<b>(Überweisender) Hausarzt</b> sowie in Ausnahmefällen und in Kooperation mit dem Hausarzt ein <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Facharzt für <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Neurologie,</li> <li>○ Nervenheilkunde,</li> <li>○ Neurologie und Psychiatrie,</li> <li>○ Psychiatrie und Nervenheilkunde,</li> </ul> </li> <li>▪ Vertragsarzt mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie</li> </ul>
30981	131 Punkte, einmal im Krankheitsfall	<b>Vorabklärung</b> durch den spezialisierten geriatrischen Vertragsarzt beziehungsweise die GIA*	<b>Spezialisierte geriatrische Vertragsarzt:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie,</li> <li>▪ Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie,</li> <li>▪ Vertragsärzte mit Zusatzbezeichnung Geriatrie,</li> <li>▪ Fachärzte für Innere Medizin / Physikalische und Rehabilitative Medizin / Allgemeinmedizin mit geriatrischer Qualifikation gemäß Anlage 1 zu § 1 der Vereinbarung nach § 118a SGB V</li> </ul> <b>sowie ermächtigte GIA*</b> Voraussetzung für die Abrechnung: Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung laut QS-Vereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik
30984	882 Punkte, einmal im Krankheitsfall	<b>Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments laut QS-Vereinbarung</b>	
30985 Zuschlag zu GOP 30984	325 Punkte, je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall	<b>Länger dauernde Durchführung</b> Dauert die Durchführung länger als 60 Minuten, können je weitere vollendete 30 Minuten Zuschläge jeweils bis zu zweimal im Krankheitsfall berechnet werden.	
30986 Zuschlag zu GOP 30985	234 Punkte, je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall	Dies dient dazu, den z.B. durch Einbindung von Heilmittelerbringern wie Physiotherapeuten sinkenden Arztzeitanteil abzubauen. Es werden somit bis zu 180 Minuten (2.000 Punkte) vergütet.	
30988	65 Punkte, einmal im Krankheitsfall	Zuschlag zu GOP 03362, 16230, 16231, 21230 und 21231 für die <b>Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen nach einem weiterführenden geriatrischen Assessment</b>	<b>(Weiterbehandelnder) Hausarzt</b> sowie in Ausnahmefällen und in Kooperation mit dem Hausarzt ein <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Facharzt für: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Neurologie,</li> <li>○ Nervenheilkunde,</li> <li>○ Neurologie und Psychiatrie,</li> <li>○ Psychiatrie und Nervenheilkunde,</li> </ul> </li> <li>▪ Vertragsarzt mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie</li> </ul>

**Zusätzlich für Hausärzte:**

GOP 03360: hausärztlich geriatrisches Basisassessment  
 GOP 03362: hausärztlich geriatrischer Betreuungskomplex

**Zusätzlich für ermächtigte GIA\*:**

GOP 01321: Grundpauschale für ermächtigte Institute

\* Geriatrische Institutsambulanzen nach § 118 a SGB V



Nutzen Sie die Möglichkeit, sich Ihren Wählern als Kandidat zur KV-Wahl vorzustellen.

Bitte im Internet unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de) → WAHL 2016 → Zum Herunterladen ausfüllen und anschließend online an folgende E-Mail-Adresse [wahlausschuss@kvt.de](mailto:wahlausschuss@kvt.de) versenden.

– MUSTER (im Format A5) –



**kvt**  
Kassenzentrale  
Vereinigung Thüringen

**WAHL 2016: KANDIDATENVORSTELLUNG**

**Listenname:** .....

**zur Person:** => Bitte Ihr digitales Foto per E-Mail versenden.

Titel, Vorname, Nachname: .....

Facharzt für .....

vertragsärztlich tätig in .....

**Beruflicher Werdegang:**

(maximal vier Anstriche (ca. 60 Zeichen pro Zeile))

- .....
- .....
- .....
- .....

**Meine Ziele in der Vertreterversammlung für die Amtszeit 2017 – 2022:**

(maximal 840 Zeichen)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....