

Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2016

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

- AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand
hier vertreten durch den
Vorsitzenden des Vorstandes
Herr Rainer Striebel,
- BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover,
- IKK classic,
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse,
- Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

und

den Ersatzkassen

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

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

geschlossen.

Inhalt

- Teil 1: Allgemeine Grundsätze
- Teil 2: Festlegung der regionalen Euro-Gebührenordnung
- Teil 3: Berechnung der Gesamtvergütung in Thüringen

1. Protokollnotiz - Grundsätze für das Verfahren der Benehmensherstellung
2. Protokollnotiz - Mehrkostenregelung gemäß § 33 Abs. 9 SGB V

Anlagen

- Anlage 1 Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2016
- Anlage 1a Berechnung des kassenspezifischen Anteils am EGV-Förderfonds je Quartal 2016
- Anlage 1b Ermittlung der Ausdeckelung im Rahmen der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie je Quartal 2016
- Anlage 1c Ermittlung des jeweiligen kassenspezifischen Anteils an der Anschubfinanzierung Notdienst je Quartal 2016
- Anlage 1d Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs für Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) je Quartal 2016 einschließlich Anhang
- Anlage 2 Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
- Anlage 2a Zuschläge für EBM-Leistungen aus dem EGV-Förderfonds
- Anlage 3 Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen
- Anlagen 3a – f Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen
- Anlage 4 Sachkostenformular
- Anlage 5 Vergütungszuschläge für ärztliche Leistungen im Pflegeheim gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz i. V. m. § 119b SGB V einschließlich Anhang (gültig bis 30.06.2016)
- Anlage 6 Ergänzende Regelungen zum Notdienst, zur Transparenz sowie zur Nachvergütung Psychotherapie

Teil 1

Allgemeine Grundsätze

Präambel

- (1) Auf der Basis der gesetzlichen Grundlagen sowie der tangierenden Beschlüsse/Empfehlungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses ((E)BA) vereinbaren die oben genannten Vertragspartner (auf der Grundlage des geschlossenen Eckpunktepapiers in der Honorarverhandlung vom 29.01.2016) nachfolgende Vergütungsregelung für die vertragsärztliche Versorgung. Diese gemeinsam und einheitlich geschlossene Vereinbarung ersetzt die kassenverbandsspezifischen – zumeist als Anlage 1 zu den Gesamtverträgen nach § 83 SGB V – Vergütungsregelungen.
- (2) Die Gesamtverträge nach § 83 SGB V sind gesondert anzupassen.

§ 1

Geltungsdauer

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2016 in Kraft und endet am 31.12.2016, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

§ 2

Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Der mit dem Vergleich vom 24.05.2013 insgesamt festgelegte Behandlungsbedarf stellt den angemessenen medizinisch notwendigen Behandlungsbedarf des Jahres 2013 als Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung der MGV nach den jeweils geltenden rechtlichen Regelungen dar. Für die Zukunft werden zur Weiterentwicklung der MGV aufgrund der Morbiditätsstruktur ausschließlich jahresbezogene Veränderungsdaten herangezogen. Gesetzesänderungen, Beschlüsse des (E)BA und BSG-Entscheidungen zu den einschlägigen gesetzlichen Regelungen sind zu berücksichtigen.

§ 3

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vereinbarungsabschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen unberührt. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame oder durchführbare Regelung vereinbart werden, deren Wirkungen der Zielsetzung am nächsten kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben.

Teil 2

Festlegung der regionalen Euro-Gebührenordnung

§ 1

Festlegung des regionalen Punktwertes in Thüringen

- (1) Der regionale Punktwert in Thüringen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V wird in Höhe des - durch den Beschluss des EBA in seiner 44. Sitzung am 22. September 2015 zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2016 - festgelegten Orientierungswertes vereinbart.
- (2) Der regionale Punktwert beträgt demnach 10,4361 €-Cent.

§ 2

Regionale Euro-Gebührenordnung

- (1) Die Höhe der Vergütungen für in Punkten bewertete Leistungen des EBM ergibt sich grundsätzlich aus der Multiplikation des Punktwertes nach § 1 und der jeweiligen Leistungsbewertung in Punkten.
- (2) Die Preise für in Punkten bewertete Leistungen werden in einer regionalen Euro-Gebührenordnung abgebildet.
- (3) In Euro ausgewiesene Leistungen sollen grundsätzlich in der im EBM festgelegten Höhe vergütet werden.
- (4) Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (EGV) werden grundsätzlich nach den Preisen der regionalen Gebührenordnung vergütet.
- (5) Sofern zwischen den Partnern der Gesamtverträge Leistungen vereinbart werden, welche nicht im EBM enthalten sind, werden diese Leistungen mit den jeweils vereinbarten Preisen vergütet. Die Preise werden als besondere regionale Gebührenordnungspositionen in die regionale Euro-Gebührenordnung einbezogen.

§ 3

Bekanntmachung

Die KV Thüringen gibt die regionale Euro-Gebührenordnung öffentlich bekannt.

Teil 3 Berechnung der Gesamtvergütung in Thüringen

§ 1 Grundsätze

Die Gesamtvergütung wird mit Wirkung für die jeweiligen Krankenkassen und deren Versicherten einschließlich des nach § 264 Abs. 2 bis 6 SGB V berechtigten Personenkreises mit Wohnort in Thüringen vereinbart.

§ 2 Ermittlung der MGV

- (1) Rechtsgrundlage für die Ermittlung der MGV ist § 87a Abs. 3 i. V. m. Abs. 4 SGB V.
- (2) Die MGV je Krankenkasse wird gemäß **Anlage 1** wie folgt ermittelt:
 - a) Grundlage der Vereinbarung der Behandlungsbedarfe sind die gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V vereinbarten und um selektivvertragliche Leistungen bereinigten Behandlungsbedarfe des Vorjahresquartals für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV Thüringen. Hierfür sind die Daten der jeweils geltenden Beschlüsse des BA (KASSRG87aMGV_SUM) maßgebend. Dazu werden im Vorfeld die Versichertenzahlen sowie der Behandlungsbedarf quartalsweise bilateral zwischen der KV Thüringen und den Krankenkassenverbänden abgestimmt.
 - b) Der Behandlungsbedarf nach Buchstabe a) wird bereinigt
 - um Leistungen bereichseigener Ärzte bei Narkosen bei zahnärztlichen Behandlungen (GOP 05210, 05211, 05212, 05230, 05340 und 05341) auf Grundlage der Bruttoleistungsmengen des Vorjahresquartals,
 - um die Leistungen im Zusammenhang mit der Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie im EBM gemäß Beschluss des EBA in seiner 45. Sitzung (GOP 30800, 30810 und 30811) auf Grundlage der Bruttoleistungsmenge des Vorjahresquartals (ab dem 2. Quartal 2016),
 - um Leistungen, die aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V entsprechend den Beschlüssen des BA gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V zu bereinigen sind (**Anlage 1d**),
 - c) *Dies ergibt den angepassten Behandlungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals 2015 über alle Krankenkassen und je Krankenkasse.*
 - d) Der jeweilige kassenspezifische Anteil am angepassten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals aller Krankenkassen wird ermittelt auf der Grundlage der im Vorjahresquartal für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort in Thüringen abgerechneten Leistungen (ARZTRG87aKA_IK) nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung (die im Abrechnungsquartal der MGV in Thüringen angehören) im Verhältnis zu den für Versicherte aller Krankenkassen mit Wohnort in Thüringen im Vorjahresquartal abgerechneten Leistungen (ARZTRG87aKA_SUM) nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung (die im Abrechnungsquartal der MGV in Thüringen angehören). Leistungen der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme (Satzarten ARZTRG87aNVI) werden abgezogen.

- e) Der kassenspezifische Aufsatzwert je Abrechnungsquartal ergibt sich aus der Multiplikation des Behandlungsbedarfs gemäß Buchstabe c) und dem kassenspezifischen prozentualen Anteil gemäß Buchstabe d).
- f) Dieser kassenspezifische Aufsatzwert wird korrigiert:
- um die Veränderung der kassenspezifischen Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal gegenüber dem Vorjahresquartal,
 - um die durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten für alle Selektivverträge im Vorjahresquartal multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenanzahl der Krankenkasse im Vorjahresquartal,
 - basiswirksam um die kassenspezifischen Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie für das Jahr 2016 gemäß des aktuellen Beschlusses des EBA (**Anlage 1b**).
- g) *Dies ergibt den korrigierten kassenspezifischen Aufsatzwert je Abrechnungsquartal 2016.*
- h) Der korrigierte kassenspezifische Aufsatzwert wird für das 3. und 4. Quartal 2016 um den Anteil der Krankenkasse gemäß Beschluss des BA in seiner 372. Sitzung (Änderung der Vergütungen humangenetischer Leistungen im EBM) basiswirksam abgesenkt.
- Hierfür wird der quartalsbezogene Betrag für den Bezirk der KV Thüringen in Höhe von 357.009 Euro mit dem regionalen Punktwert (10,4361 €-Cent) in Punkte umgerechnet und anschließend nach der Anzahl der im jeweiligen Abrechnungsquartal für die Bestimmung des Behandlungsbedarfs der Krankenkassen verwendeten Versichertenzahl auf die Krankenkassen aufgeteilt. Die anteilig ermittelte Punktzahl wird zu dem korrigierten kassenspezifischen Aufsatzwert ins Verhältnis gesetzt und bei der Bestimmung der Aufsatzwerte basiswirksam abgezogen.
- i) *Hieraus ergibt sich der kassenspezifische Aufsatzwert bereinigt um die humangenetischen Anteile je Abrechnungsquartal 2016.*
- j) Der kassenspezifische Aufsatzwert je Abrechnungsquartal – bereinigt um die humangenetischen Anteile - wird um die Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V in Höhe von 1,8332 v. H. weiterentwickelt.
- Die Steigerung wird zu dem kassenspezifischen Aufsatzwert nach i) addiert.
- k) Weiterhin wird der kassenspezifische Aufsatzwert je Abrechnungsquartal 2016 nach j) um die Differenz zwischen Neueinschreibern und Rückkehrern für die gültigen Selektivverträge im Abrechnungsquartal bereinigt.
- l) *Daraus ergibt sich der endgültige kassenspezifische Aufsatzwert (Behandlungsbedarf) für das jeweilige Abrechnungsquartal 2016.*
- (3) Die kassenspezifische MGV je Quartal ergibt sich aus der Multiplikation des endgültigen kassenspezifischen Aufsatzwertes (Behandlungsbedarf) je Abrechnungsquartal 2016 mit dem Punktwert in Höhe von 10,4361 €-Cent.

- (4) Bei Fusionen von Krankenkassen mit Versicherten in Thüringen wird für die neue (fusionierte) Krankenkasse ein neuer nach Versichertenzahlen gewichteter kassen-spezifischer Aufsatzwert entsprechend des Beschlusses der 333. Sitzung des BA am 20. August 2014 ermittelt.
- (5) Sofern Versicherte einer Krankenkasse ihren Wohnsitz im Ausland haben und diese in der Meldung der Versichertenzahlen enthalten sind, erfolgt die Abrechnung dieser Versicherten analog den übrigen Versicherten, d. h., dass in die Summe der Versicherten die Wohnausländer hinzuzurechnen sind.
- (6) Bei Krankenkassen, für die aus dem Jahr 2015 kein Leistungsbedarf und keine Versicherten zur Berechnung der MGV für das Jahr 2016 vorliegen und für die im Jahr 2016 erstmals Versicherte und Leistungsbedarf in Thüringen festgestellt werden, werden die vertragsärztlichen Leistungen, welche nach dieser Vereinbarung innerhalb der MGV zu vergüten sind, für einen Zeitraum von maximal 4 Quartalen mit dem nach dieser Vereinbarung geltenden Punktwert für Leistungen der MGV unter Anwendung der kassenartenindividuellen durchschnittlichen Abstufungsquote vergütet.

§ 2a Förderungswürdige Leistungen innerhalb der MGV

- (1) Aufgrund der besonderen vertragsärztlichen Versorgungssituation werden folgende Leistungen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V aus der MGV gefördert:
 - augenärztliche Strukturpauschale (GOP 06225),
 - Leistungen der Pflegeheimversorgung (GOP 01410H, 01411H, 01412H, 01413H und 01415),
 - kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit neurologischer oder psychiatrischer Erkrankung in Heimen (GOP 16231 und 21231),
 - Versorgung von Patienten mit Harnableitungen in der häuslichen Pflege, in Heimen oder Wachkomaabteilungen (GOP 02321 bis 02323),
 - neurologisches Gespräch (GOP 16220),
 - psychiatrisches und kinder-/jugendpsychiatrisches Gespräch (GOP 21220 und 14220),
 - Polysomnographie (GOP 30901).
- (2) Die Gebührenordnungspositionen gemäß Abs. 1 werden mit einem Punktwertzuschlag in Höhe von 1,41 €-Cent auf den regionalen Punktwert gemäß Teil 2, § 1 dieser Vereinbarung vergütet. Die jeweiligen Zuschläge sind mit dem Großbuchstaben „T“ zu kennzeichnen.
- (3) Finanzmittel in Höhe von 0,54 v. H. der MGV werden zweckgebunden zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung verwendet und sollen zu einer Verbesserung der Versorgung in diesem Versorgungsbereich beitragen. Die Förderung erfolgt in Form eines Punktwertzuschlages auf den regionalen Punktwert gemäß Teil 2, § 1 Abs. 2 für die Pauschalen fachärztliche Grundversorgung.

Hierunter zählen folgende Leistungen:

 - Anästhesiologie (GOP 05220),
 - Augenheilkunde (GOP 06220),
 - Chirurgie (GOP 07220),
 - Gynäkologie (GOP 08220),
 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie (GOP 09220, 20220),
 - Dermatologie (GOP 10220),
 - Innere Medizin ohne Schwerpunkt (GOP 13220),
 - Innere Medizin, Schwerpunkt Angiologie (GOP 13294),
 - Innere Medizin, Schwerpunkt Endokrinologie (GOP 13344),

- Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie (GOP 13394),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie (GOP 13494),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Kardiologie (GOP 13543),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Nephrologie (GOP 13594),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Pneumologie (GOP 13644),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Rheumatologie (GOP 13694),
- Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie -psychotherapie (GOP 14214),
- Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie (GOP 16215, 21225, 21218),
- Orthopädie (GOP 18220),
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (GOP 22216),
- Psychotherapie (ärztliche und psychologische) sowie Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie (GOP 23216),
- Urologie (GOP 26220),
- Physikalische und Rehabilitative Medizin (GOP 27220).

Der Punktwertzuschlag ergibt sich quartalsweise aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen dividiert durch die Punktmengen aus den Leistungsanforderungen der Pauschalen fachärztliche Grundversorgung. Die jeweiligen Zuschläge sind mit dem Großbuchstaben „T“ zu kennzeichnen.

- (4) Neben dem Ausweis des Gesamtförderungsbetrages im Formblatt 3 im Vorgang 970 übermittelt die KV Thüringen für die unter Abs. 1 und 3 aufgeführten Leistungen quartalsweise je Krankenkasse die Höhe der jeweiligen Förderungsbeträge je Leistung.
- (5) Zur Transparenz der Wirkungen der zweckgebundenen Förderung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung gemäß Abs. 3, welche zur Verbesserung der fachärztlichen Grundversorgung beitragen soll, übermittelt die KV Thüringen den Krankenkassenverbänden quartalsweise über alle Kassenarten die Aufteilung des Vergütungsvolumens nach Abs. 3 sowie die Höhe des jeweiligen Punktwertzuschlages für die Pauschalen fachärztliche Grundversorgung. Dabei sind für die betroffenen Fachgruppen – jeweils durchschnittlich je Arzt - die Förderbeträge und die Honorare der vertragsärztlichen Tätigkeit darzustellen.

§ 2b

Förderungswürdige Leistungen außerhalb der MGV (EGV-Förderfonds)

- (1) Für das Jahr 2016 stellen die Krankenkassen einen EGV-Förderfonds in Höhe von insgesamt 2.953.674 Euro zur Verfügung. Somit wird der EGV-Förderfonds des Jahres 2016 auf Basis des für das Jahr 2015 vereinbarten Volumens in Höhe von 2.453.674 Euro um 500.000 Euro für das Jahr 2016 erhöht. Der Betrag gemäß Satz 1 wird gleichmäßig auf die vier Quartale des Jahres 2016 aufgeteilt. Der kassenspezifische Anteil je Quartal ergibt sich aus dem jeweiligen Anteil der Krankenkasse bei der Anteilsbildung im Zusammenhang mit den Berechnungen der Quartals-MGV aus dem kassenspezifischen prozentualen Anteil unter Berücksichtigung der Entwicklungen der Versichertenzahlen gemäß **Anlage 1a**. Die jeweiligen Quartalsbeträge werden für die Zahlung von Punktwertzuschlägen für folgende Leistungen verwendet:
 - zusätzliche Stützung bereits geförderter Gesprächsleistungen (GOP 16220, 21220, 14220) unter Berücksichtigung der Förderung gemäß Teil 3 § 2a Abs. 1,
 - Stützung weiterer Gesprächsleistungen (GOP 14222, 23220),
 - Allergie-Diagnostik (GOP 30110, 30111, 30120, 30121, 30123),
 - Chronische Wunde (GOP 02311, 02312, 10330, 10340),
 - Chirurgie nach Hautkrebsscreening (GOP 10341, 10342, 10343, 10344),
 - Steuerung der weiterführenden Diagnostik/Therapie, insbesondere bei Hauttumoren (GOP 07345, 10345, 15345)
 - Leistungen der Sozialpädiatrie (GOP 04355),

- Gesprächsleistungen der Psychosomatischen Medizin (GOP 22220, 22221),
 - zusätzliche Förderung konservativ tätiger Augenärzte in Form einer Aufstockung des Punktwertzuschlages für die augenärztliche Strukturpauschale GOP 06225 in Höhe von 0,19 €-Cent/Punkt (Differenzbetrag von 1,41 €-Cent auf 1,6 €-Cent).
- (2) Die Gebührenordnungspositionen gemäß Abs. 1 erhalten einen Punktwertzuschlag auf den regionalen Punktwert gemäß Teil 2, § 1 dieser Vereinbarung. Die jeweiligen Zuschläge sind mit dem Großbuchstaben „E“ zu kennzeichnen.
- (3) Der Ausweis erfolgt auf GOP-Ebene im Formblatt 3 unter der Rubrik "außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung". Des Weiteren wird der jeweilige Gesamtförderbetrag im Formblatt 3 gemäß den KBV-Vorgaben im Vorgang 970 als statistischer Wert dargestellt.

§ 3

Nicht vorhersehbarer morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf

- (1) Eine Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V für das Jahr 2016 erfolgt gemäß Beschluss des BA in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015.
- (2) Gemäß Beschluss des BA in seiner 362. Sitzung am 22. September 2015 ist festzustellen, dass sich für das Jahr 2013 kein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für die KV Thüringen ergibt.

§ 4

Vergütung außerhalb der MGV

Die Leistungen der **Anlage 2** (Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung), **Anlage 3** (Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen) und der **Anlagen 3a – 3f** (Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen) werden außerhalb der MGV vergütet und bis zur Ebene 6 im Formblatt 3 ausgewiesen.

§ 5

Anrechnung von Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen

Ausgaben der Krankenkassen für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 SGB V und nach § 53 Abs. 4 SGB V sind auf die MGV gemäß § 2 anzurechnen. Die konkrete Umsetzung erfolgt bilateral zwischen der KV Thüringen und der jeweiligen Krankenkasse.

§ 6

Abschlagszahlungen

- (1) Vorbehaltlich der endgültigen Abrechnung leisten die Krankenkassen nach Anforderung durch die KV Thüringen bis zum zweiten Banktag (Wertstellung) des Folgemonats für den vorangegangenen Monat eine Abschlagszahlung in Höhe von 30 v. H. der vorläufigen MGV je Quartal des jeweiligen Vorjahresquartals zuzüglich 3,4332 v. H. ab dem 3. Quartal 2016 bis zum 4. Quartal 2016 unter Berücksichtigung der aktuell vorliegenden Versichertenzahlen je Krankenkasse.
- (2) Für den Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V erfolgen Abschlagszahlungen in Höhe von 0,1 v.H. der vorläufigen MGV gemäß Abs. 1.

- (3) Die Höhe der monatlichen Abschlagszahlungen auf die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu zahlenden Leistungsanteile und Sachkosten (inkl. auf kassenartenübergreifende oder kassenartenindividuelle regionale Vereinbarungen entfallende Honorierungen und Kostenerstattungen) wird auf 30 v. H. des jeweiligen Vorjahresquartals (Leistungsbedarf lt. regionaler Euro-Gebührenordnung in Euro) festgelegt.
- (4) Für Krankenkassen, bei denen die Abforderung den Betrag von 2.000 Euro nicht übersteigt, erfolgt keine Abforderung von Abschlagszahlungen.

§ 7

Quartalsbezogene Endabrechnung

- (1) Durch die KV Thüringen erfolgt eine quartalsbezogene kassenindividuelle Endabrechnung für die tatsächlich erbrachten vertragsärztlichen Leistungen für bereichseigene und bereichsfremde Ärzte.
- (2) Durch die Krankenkassen zu viel geleistete Abschlagszahlungen sind den jeweiligen Krankenkassen innerhalb einer Frist von 10 Arbeitstagen zurückzuzahlen.
- (3) Die Restzahlungen sind innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der rechnungsbegründenden Unterlagen (Rechnungsbrief mit Ausweisung der quartalsbezogenen MGV nach § 2 Abs. 3 sowie die vertragsgemäß erstellten Formblätter 3 für bereichseigene Ärzte, bereichsfremde Ärzte sowie bereichseigene und bereichsfremde Ärzte, DTA-Einzelfallnachweis, Anlagen zu den Gut- und Lastschriften) bei den Krankenkassen von diesen zu begleichen.
- (4) Für die Abrechnung der Leistungen gelten die jeweils aktuellen Formblatt-3-Inhaltsbeschreibungen.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 26.07.2016

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

gez. IKK classic

gez. Sozialversicherung
für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

gez. Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

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

1. Protokollnotiz

Grundsätze für das Verfahren der Benehmensherstellung

In Umsetzung der Benehmensherstellung zur Honorarverteilung gemäß § 87b SGB V vereinbaren die Partner der Gesamtverträge in Thüringen folgende Verfahrensgrundsätze:

- (1) Um den Thüringer Krankenkassenverbänden ausreichend Zeit für die Benehmensherstellung zur Honorarverteilung zur Verfügung zu stellen, übermittelt die KV Thüringen den Krankenkassenverbänden rechtzeitig vor der Beschlussfassung den angedachten Honorarverteilungsmaßstab. Grundsätzlich wird dabei eine Frist von 4 Wochen als angemessen angesehen.
- (2) Mit der Übermittlung der Unterlagen ist den Krankenkassenverbänden die Möglichkeit eines Erörterungstermins anzubieten, der bei Bedarf genutzt werden kann.

2. Protokollnotiz

Mehrkostenregelung gemäß § 33 Abs. 9 SGB V

- (1) Solange durch den BA keine Abrechnungsgrundlagen im EBM zur Mehrkostenregelung bei Intraokularlinsen (IOL) gemäß § 33 Abs. 9 SGB V geschaffen werden, findet nachfolgendes Abrechnungsverfahren Anwendung.
- (2) Sofern im Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen ambulanten Katarakt-Operation eine nicht indizierte Sonder-IOL auf Wunsch des Patienten implantiert wird, erstellt der Vertragsarzt eine gesonderte Rechnung an den Versicherten. Hierbei sind die vertragsärztlichen Leistungen auf der Basis des EBM sowie die vertraglich vereinbarten Sachkosten für Linsenimplantate analog einer medizinisch notwendigen Katarakt-Operation in Abzug zu bringen.
- (3) Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen sowie der vertraglich vereinbarten Linsenpreise erfolgt durch den Vertragsarzt über die KV Thüringen. Bei der Abrechnung sind die Leistungen und die Pseudo-GOP für die Linsen mit einem „S“ zu kennzeichnen.
- (4) Die über die o. g. Leistungen gemäß Abs. 3 hinausgehenden Mehrkosten der Linse sowie zusätzliche ärztliche Leistungen, welche ausschließlich durch Implantation der Sonderlinse notwendig werden, können entsprechend der abzuschließenden schriftlichen Vereinbarung (§ 18 Abs. 8 Satz 3 Nr. 3 BMV-Ä) privat gegenüber den Versicherten liquidiert werden.

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

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

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

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

[1]	MGV-relevante Versichertenzahlen			
[2]	Korrekturdaten MGV-relevante Versichertenzahlen			
[3]	abgestimmte MGV-relevante Versichertenzahlen	[3] = [1]+[2]		

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

Berechnung des kassenspezifischen Anteils am angepassten BB im Vorjahresquartal 2015

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

Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes des angepassten BB im Abrechnungsquartal 2016

[11]	kassenspezifischer Aufsatzwert	[11] = GKV[8]*[10]		
[12]	kassenspezifische Versichertenzahlen x. Quartal 2015			
[13]	kassenspezifische Versichertenzahlen x. Quartal 2016			
[14]	davon entfallene Versichertenzahlen x. Quartal 2016 je fusionierende Krankenkasse			
[15]	durchschnittl. Bereinigungsmenge für alle Selektivverträge			
[16]	Absenkung des Aufsatzwertes aufgrund Höherbewertung Psychotherapie			
[17]	korrigierter kassenspezifischer Aufsatzwert	[17] = ([11]/[12]*[13]) + [15] - [16]		
[18]	Bereinigungswert für die humangenetischen Anteile gem. BA-Beschluss in seiner 372. Sitzung			gültig ab 3. Quartal 2016
[19]	kassenspezifischer Aufsatzwert bereinigt um die humangenetischen Anteile	[19] = [17] - [18]		

Verwendung des kassenspezifischen Aufsatzwertes des angepassten BB im Abrechnungsquartal 2016

[20]	kassenspezifischer Aufsatzwert bereinigt um die humangenetischen Anteile	[20] = [19]		
[21]	zuzügl. Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 SGB V (1,8332 %)	[21] = [20]*0,018332		
[22]	Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge			
[23]	endgültiger kassenspezifischer Aufsatzwert (Behandlungsbedarf)	[23] = [20] + [21] - [22]		
[24]	kassenspezifische MGV berechnet mit PW 10,4361 €-Cent	[24] = [23]*0,104361		

[1]	MGV-relevante Versichertenzahlen	Vers_von KV aus Satzart „KASSRG87aMGV_SUM“ bzw. „..._IK“
[2]	Korrekturdaten MGV-relevante Versichertenzahlen	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[4]	vereinbarter um die Selektivverträge bereinigter BB	BB_von KV aus Satzart „KASSRG87aMGV_SUM“ bzw. „..._IK“
[5]	Korrekturdaten BB	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[6a]	Bereinigung BB Narkosen bei zahnärztlichen Leistungen (bereichseigene Ärzte)	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[6b]	Bereinigung der Leistungen Soziotherapie (ab 2. Quartal 2016)	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[7]	Differenzbereinigungsmenge ASV	siehe Anlage 1d
[9]	abgerechneter LB in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals (incl. Korrekturen)	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[11]	kassenspezifischer Aufsatzwert	angepasster BB multipliziert mit kassenspezifischem prozentualen Anteil
[12]	kassenspezifische Versichertenzahlen x. Quartal 2015	wie 1., aber nur aus Satzart „KASSRG87aMGV_IK“
[13]	kassenspezifische Versichertenzahlen x. Quartal 2016	Versicherte, Wohnausländer und Betreute aus Satzart „ANZVER87a“
[14]	davon entfallene Versichertenzahlen x. Quartal 2016 je fusionierende Krankenkasse	der Ausweis erfolgt nur bei einer Fusion, die nicht vollumfänglich vollzogen wurde; Anzahl der Versicherten, Wohnausländer und Betreute aus Satzart ANZVER 87a
[15]	durchschnittliche Bereinigungsmenge für alle Selektivverträge	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK
[16]	Absenkung des Aufsatzwertes aufgrund Höherbewertung Psychotherapie	siehe Anlage 1b
[17]	korrigierter kassenspezifischer Aufsatzwert	kassenspezifischer Aufsatzwert dividiert durch kassenspezifische Vers.-zahlen 2015 und multipliziert mit kassenspezifischen Vers.-zahlen 2016 sowie zuzüglich durchschnittliche Bereinigungsmenge für alle SV-Verträge und abzüglich der Absenkung wegen der Bereinigung aufgrund der Bereinigung Psychotherapie
[18]	Bereinigungswert für die humangenetischen Anteile gem. BA-Beschluss in seiner 372. Sitzung	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK Berechnungsweise siehe Beschluss des BA in seiner 372. Sitzung
[19]	kassenspezifischer Aufsatzwert bereinigt um die humangenetischen Anteile	korrigierter kassenspezifischer Aufsatzwert abzüglich dem Bereinigungswert für die humangenetischen Anteile
[22]	Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK

[24]	kassenspezifische MGV berechnet mit PW 10,4361 €-Cent	wurde eine Fusion nicht voll umfänglich vollzogen, dann erfolgt bei der Berechnung der kassenspezifischen MGV folgende Berechnung: endgültiger kassenspezifischer Aufsatzwert (ist identisch für alle Fusionskassen) geteilt durch Summe der Versicherten aller Fusionskassen des entsprechenden Abrechnungsquartals 2016 und multipliziert mit den Versicherten der jeweiligen Fusionskasse des entsprechenden Abrechnungsquartals 2016; anschließend erfolgt hierzu noch die Bewertung mit dem PW 10,4361 €-Cent
------	---	---

- gelb gekennzeichnete Flächen werden nicht mit Werten hinterlegt
- der BB wird mit vier Stellen hinter dem Komma errechnet und mit einer Stelle hinter dem Komma kaufmännisch gerundet ausgegeben

**- Anlage 1a -
Berechnung des kassenspezifischen Anteils
am EGV-Förderfonds
je Quartal 2016**

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

		Summe GKV	Summe VKNR
[1]	Förderbetrag je Quartal GKV	738.418,50 €	
[2]	kassenspezifischer prozentualer Anteil (Verwendung aus der MGVBerechnung)	100,00000%	
[3]	Förderbetrag nach kassenspezifischen prozentualen Anteil	[3] = GKV[1] * [2] 738.418,50 €	0,00 €
[4]	Berücksichtigung der Entwicklung der Versichertenzahlen:		
[5]	kassenspezifische Versichertenzahlen x. Quartal 2015		
[6]	kassenspezifische Versichertenzahlen x. Quartal 2016		
[7]	Anwendung der Versichertenentwicklung auf Aufteilung	GKV[7] = fester Wert je Quartal VKNR[7] = [3] / [5] * [6]	
[8]	prozentualer Anteil an der Versichertenentwicklung (neu)	[8] = [7] / GKV[7]	100,00000%
[9]	Anteil am festen Förderbetrag	[9] = [8] * GKV[9] 738.418,50 €	

**- Anlage 1b -
Ermittlung der Ausdeckelung im Rahmen der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und
genehmigungspflichtigen Psychotherapie
je Quartal 2016**

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

Schritt 1	Schritt 2		Schritt 3			Schritt 4	Schritt 5			Schritt 6
Summe von LB_EURO_GO vor honorarwirksamer Begr.-regelung (Segment „A5“ aus ARZTRG87aKA_IK)	Multiplikation der Leistungs- menge mit 5,5936 %	Umrechnung € in Punkte (LB dividiert durch PW 2012) 0,035048	Fortentwick- lung Verände- rungsrate 2013 6,0357 %	Fortent- wicklung Verände- rungsrate 2014 2,7120 %	Fortentwick- lung Verände- rungsrate 2015 1,0724 %	Umrechnungs- faktor EBM 4. Quartal 2013 0,35363	Anzahl Versicherte x. Quartal 2012 (KASSRG87a MGV_IK)	Anzahl Versicherte x. Quartal 2016 (KASSRG87aM GV_IK)	Anpassung Versicherten- entwicklung	Multiplika- tion mit dem Faktor 0,6800

* Schritt 7 erfolgt bei der MGV Berechnung (Anlage_1)

**- Anlage 1c -
Ermittlung des jeweiligen kassenspezifischen Anteils
an der Anschubfinanzierung Notdienst
je Quartal 2016**

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

		Summe GKV	Summe VKNR
[1]	Betrag Anschubfinanzierung Notdienst je Quartal GKV	375.000,00 €	
[2]	kassenspezifischer prozentualer Anteil (Verwendung aus der MGVBerechnung)	100,00000%	
[3]	Anschubfinanzierung Notdienst nach kassenspezifischen prozentualen Anteil	[3] = GKV[1] * [2] 375.000,00 €	0,00 €
[4]	Berücksichtigung der Entwicklung der Versichertenzahlen:		
[5]	kassenspezifische Versichertenzahlen x. Quartal 2015		
[6]	kassenspezifische Versichertenzahlen x. Quartal 2016		
[7]	Anwendung der Versichertenentwicklung auf Aufteilung	GKV[7] = fester Wert je Quartal VKNR[7] = [3] / [5] * [6] 375.000,00 €	
[8]	prozentualer Anteil an der Versichertenentwicklung (neu)	[8] = [7] / GKV[7] 100,00000%	
[9]	Anteil an der Anschubfinanzierung Notdienst	[9] = [8] * GKV[9] 375.000,00 €	

**- Anlage 1d, Teil 1 -
Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarf für Leistungen
der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)**

ASV-Indikation	Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel	Inkrafttreten der Indikation	Quartale 1-8 nach Inkrafttreten	ab dem 9. Quartal nach Inkrafttreten	Bereinigungsbeitrag je ASV-Patient gemäß BA-Beschluss
Tuberkulose	2A0100	24.04.14	3/2014 - 2/2016	3/2016	93,00 €
Gastrointestinale Tumore	1A0100	26.07.14	4/2014 - 3/2016	4/2016	281,00 €
Marfan Syndrom	2K0100	30.06.15	3/2015 – 2/2017	3/2017	165,26 €
Gynäkologische Tumore					

**- Anlage 1d, Teil 2 -
Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarf für Leistungen
der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)
für die Quartale 1 bis 8 nach Inkrafttreten einer ASV-Indikation**

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

			Tuberkulose	Gastrointestinale Tumore	Marfan Syndrom	Gynäkologische Tumore
[1]	Höchstwert der ASV Indikation (Patientenzahl im Vorjahresquartal (VJQ)) § 5 Abs. 1 und 2 der Anlage 1 d					
[2]	ASV-Patientenzahl in ausschließlich vertragsärztlichen Teams im Vorquartal (ANZASV116b_SUM Feld 05 = 1)					
[3]	ASV-Patientenzahl in gemischten Teams und ausschließlich Krankenhaus Teams im Vorquartal (ANZASV116b_SUM Feld 05 = 2 und 3)					
[4]	ASV-Patienten §116b (alt) gem. Satzart ANZ116bALT_SUM (im VJQ zum entsprechenden Bereinigungsquartal im ersten Bereinigungsjahr)					
[5]	Umrechnungsfaktor ASV-Patienten alt zu neu der jeweiligen ASV-Indikation gemäß Vorgaben des BewA		1	0,43	1	
[6]	Zwischenschritt Anrechnung 116b-Patienten(alt)	$[6]=(0,5*([3]-(2*[4]*[5])))$				

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

**- Anlage 1d, Teil 3 -
Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarf für Leistungen
der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)
ab dem Quartal 9 nach Inkrafttreten einer ASV-Indikation**

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

		Tuberkulose	Gastrointestinale Tumore	Marfan Syndrom	Gynäkologische Tumore
[1]	Höchstwert der ASV Indikation (Patientenzahl im Vorjahresquartal (VJQ)) § 5 Abs. 1 und 2 der Anlage 1 d				
[2]	ASV-Patientenzahl in ausschließlich vertragsärztlichen Teams im Vorquartal (ANZASV116b_SUM Feld 05 = 1)				
[3]	ASV-Patientenzahl in gemischten Teams und ausschließlich Krankenhaus Teams im Vorquartal (ANZASV116b_SUM Feld 05 = 2 und 3)				
[4]	ASV-Patienten §116b (alt) gem. Satzart ANZ116bALT_SUM (im VJQ zum entsprechenden Bereinigungsquartal im ersten Bereinigungsjahr)				
[5]	Umrechnungsfaktor ASV-Patienten alt zu neu der jeweiligen ASV-Indikation gemäß Vorgaben des BewA	1	0,43	1	
[6]	Zwischenschritt Anrechnung 116b-Patienten(alt)				
		[6]=[3]-([4]*[5])			
[7]	Anzahl bereinigungsrelevanter ASV-Patientenzahl in gemischten und ausschließlich Krankenhaus Teams im Vorquartal				
		[7]=max{0; [6]}			
[8]	Summe bereinigungsrelevanter ASV-Patienten				
		[8]=[2]+[7]			

[9]	Anzahl bereinigungsrelevanter ASV-Patienten unter Beachtung des Höchstwertes	[9]= mind.{{8}; [1]}				
[10]	Anzahl bereinigter ASV-Patienten im VJQ					
[11]	Anzahl bereinigungsrelevanter ASV-Patienten unter Berücksichtigung der bereits bereinigten ASV-Patienten im VJQ	[11]=[9]-[10]				
[12]	Bereinigungsbeitrag je ASV-Patient		93,00 €	281,00 €	165,26 €	
[13]	Bereinigungsbeitrag	[13]=[11]*[12]				
[14]	Veränderungsraten nach § 6 Abs. 1b der Anlage 1d					
[14a]		2013				
[14b]		2014				
[14c]		2015				
[15]	vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf GKV des VJQ					
[16]	festgestellte Leistungsmenge nach Euro-GO GKV des VJQ					
[17]	Differenzbereinigungsmenge	[17]=([13]*[14a],[14b], [14c]*([15]/[16])/0,104361)				

Anhang zu Anlage 1d

Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs für Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

Präambel

Aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V ist ein Verfahren zur basiswirksamen Bereinigung des Behandlungsbedarfs erforderlich. Hierbei gelten – soweit in dieser Vereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist – die Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 und in seiner 338. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) sowie die jeweiligen indikationsspezifischen Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses. Sofern Anpassungen der maßgeblichen Beschlüsse vorliegen, werden diese in der MGV-Vereinbarung berücksichtigt.

§ 1

Begriffsdefinitionen

- (1) **Leistungsquartal** ist das Quartal, in dem die ASV- Leistungen erbracht werden.
- (2) **Abrechnungsquartal** ist das Quartal, für das Leistungen aus einem Leistungsquartal bei den Krankenkassen abgerechnet werden. Wird eine Abrechnung bis zum 15. des dritten Monats nach dem Leistungsquartal bei der Datenannahmestelle der Krankenkasse eingereicht, entspricht das Abrechnungsquartal dem Leistungsquartal. (Beispiel: Eingang der Abrechnung vom 16.09. bis zum 15.12. eines Jahres - Zuordnung zum Abrechnungsquartal 3 eines Jahres usw.). Bei späterem Rechnungseingang wird die Abrechnung dem Folgequartal zugeordnet.
- (3) **Bereinigungsquartal** ist das Quartal, für das die Bereinigung durchgeführt wird. Je ASV-Indikation gibt es zwölf Bereinigungsquartale. Die Bereinigung beginnt mit dem zweiten und endet mit dem 13. Abrechnungsquartal.

§ 2

Grundsätze

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

Krankenkassen für die ASV-Leistungserbringung bei diesem Patienten im betreffenden Quartal eingehen sollten.

§ 3

Beginn und Ende der ASV-Bereinigung

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

§ 4

Ermittlung des Bereinigungsvermögens je ASV-Patient

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

§ 5

Ermittlung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahl

- (1) Die KV Thüringen ermittelt für die zwölf Bereinigungsquartale indikationsspezifisch und quartalsweise die Anzahl der im Vorjahresquartal des jeweiligen Bereinigungsquartals vertragsärztlich behandelten Patienten, welche den im jeweiligen indikationsspezifischen Beschluss definierten Abgrenzungskriterien genügen (Höchstwert der zu bereinigenden ASV-Patienten) und teilt diese den kassenseitigen Gesamtvertragspartnern in Summe und für die einzelnen Krankenkassen der jeweiligen Kassenart auch kassenspezifisch bis zum Ende des zweiten Monats nach dem jeweiligen Bereinigungsquartal mit.
- (2) Die Mitteilung erfolgt mittels der Satzart ANZASV116b_HOECHSTWERT.
- (3) Nach Lieferung der Höchstwerte haben die Krankenkassen die Gelegenheit, die Daten bis zum 15. des vierten Monats nach dem Bereinigungsquartal zu prüfen und mit der KV Thüringen abzustimmen. Festgestellte Implausibilitäten werden der KV Thüringen schriftlich mitgeteilt.
- (4) Je Bereinigungsquartal wird bis zum 15. des vierten Monats nach dem jeweiligen Quartal indikationsspezifisch die tatsächlich zu bereinigende Zahl der ASV-Patienten mit Wohnort in Thüringen auf Basis der bereitgestellten Daten (ANZASV116b_SUM) wie folgt ermittelt:
 - a) Ermittlung bei ASV-Team-Kennzeichen „ausschließlich Krankenhausärzte (2)“ und „gemischtes Team (3)“

In den ersten 8 Quartalen nach Inkrafttreten einer ASV-Indikation wird die Berechnung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung Punkt 2 Nr. 10 erster Spiegelstrich durchgeführt (siehe auch Anhang xx).

In den Quartalen 9 ff. nach Inkrafttreten einer ASV-Indikation wird die Berechnung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung Punkt 2 Nr. 10 zweiter Spiegelstrich durchgeführt (siehe auch Anhang xx).

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

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

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

§ 6

Ermittlung der Differenzbereinigungsmenge

- (1) Die indikationsspezifische und quartalsweise Differenzbereinigungsmenge wird wie folgt ermittelt:
- a) Der Wert nach § 4 in Euro wird mit dem Wert nach § 5 multipliziert.
- b) Das ungerundete Ergebnis nach a) wird um die jeweiligen Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V sowie die basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses, jeweils bezogen auf den Zeitraum zwischen dem vom Institut des Bewertungsausschusses bei der Berechnung der historischen indikationsspezifischen Leistungsmengen verwendeten Datenjahr und dem Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals, fortentwickelt.
- c) Das ungerundete Ergebnis nach b) wird mit dem Verhältnis des für den Bezirk der KV Thüringen im Vorjahresquartal insgesamt vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf zur für das Vorjahresquartal insgesamt festgestellten Leistungsmenge nach Euro-GO jeweils unter Berücksichtigung der MGV-Abgrenzung des Bereinigungsquartals multipliziert und durch den aktuellen regionalen Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V dividiert und ergibt somit die Differenzbereinigungsmenge des jeweiligen Quartals in Punkten (auf 1 Nachkommastelle kaufmännisch gerundet).
- (2) Es wird quartalsweise die indikationsübergreifende Differenzbereinigungssumme als Summe der indikationsspezifischen Differenzbereinigungsmengen gebildet. Die indikationsspezifischen Differenzbereinigungsmengen wie auch die Summe aller Differenzbereinigungsmengen können positiv oder negativ sein.

§ 7

Differenzbereinigung

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

Differenzbereinigungssumme in Punkten vom vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals.

§ 8
Datenlieferungen der Krankenkasse

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

Datensatzbeschreibung Höchstwert

ASV-Bereinigung: Höchstwert-Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen

1. Lieferzyklus

Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung (nachfolgend Beschluss genannt) am 24. September 2014, Nr. 2, Ziffer 9 ermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen indikationsspezifisch und quartalsweise für jedes Bereinigungsquartal gemäß Nr. 2, Ziffer 3 dieses Beschlusses die Anzahl der im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals vertragsärztlich behandelten Patienten, welche gemäß Nr. 4 des Beschlusses den im jeweiligen indikationsspezifischen Beschluss definierten Abgrenzungskriterien genügen.

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

2. Kompression und Verschlüsselung

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

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

3. Dateibeschreibung

Die Daten sind jeweils in einer logischen Datei im CSV-Format mit variabler Nutzdatenlänge zu liefern. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-1 verwendet. Jeder Datensatz steht in einer eigenen Zeile, die durch die Zeichenfolge CarriageReturn/LineFeed (Hexadezimalcode 0x0D 0x0A) abgeschlossen wird. Als Ganzzahltrennzeichen im Dezimalformat ist das Komma zu verwenden. Die Darstellung von numerischen und Dezimal-Daten erfolgt ohne Tausender-Punkt. Zeichenketten werden nicht durch Textbegrenzungszeichen eingeschlossen. Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Es sind keine Spaltenüberschriften zu liefern.

Für die Satzart ist folgende Dateinamenskönvention vorgesehen:

ANZASV116b_HOECHSTWERT_Bereinigungsquartal_Vorjahresquartal_gesamtvertrags-zuständige KV_Empfängerarten_Version.Endung

Format:

ANZASV116b_HOECHSTWERT_JJJQ_JJJQ_CC_CC_CCC.Endung

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

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

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

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

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

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

Anlage 2 Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

(1) Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden nicht in die MGV einbezogen und sind daher von den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten. Soweit es sich um in Punkten bewertete Leistungen handelt, werden diese mit dem gemäß Teil 2, § 1 anzuwendenden regionalen Punktwert vergütet.

1	Belegärztliche Leistungen	Kapitel 36 EBM sowie GOP 13311, 17370 und GOP 08410 bis 08416 bei belegärztlicher Erbringung sowie belegärztliche Begleitleistungen gemäß der Vereinbarung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit (belegärztliche Behandlung) in der jeweils gültigen Fassung
2	Ambulante Operationen	Kapitel 31 EBM sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13431
3	Prävention	Abschnitte 1.7.1, 1.7.2 (sowie GOP 32880 bis 32882), 1.7.3 und GOP 40850, 40852 sowie 1.7.4 EBM
4	Durchführung von Vakuumstanzbiopsien	GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855
5	Strahlentherapie	Kapitel 25 EBM und GOP 40840 und 40841
6	Phototherapeutische Keratektomie	GOP 31362, 31734, 31735 und 40680
7	Künstliche Befruchtung	GOP 01510 bis 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08510, 08530, 08531, 08540 bis 08542, 08550 bis 08552, 08560, 08561, 08570 bis 08574, 11311, 11312, 11320 bis 11322, 11330 bis 11334, 11351, 11352, 11354, 11360, 11361, 11370 bis 11372, 11380, 11390, 11391, 11395, 11396, 11400, 11401, 11403, 11404, 11410 bis 11412, 11420 bis 11422, 11430 bis 11434, 11440 bis 11443, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32614, 32618, 32660, 32781, 33043, 33044, 33090, 36272, 36503 und 36822 (gültig bis 30.06.2016)
		GOP 01510 bis 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08510, 08530, 08531, 08540 bis 08542, 08550 bis 08552, 08560, 08561, 08570 bis 08574, 11301, 11302, 11351, 11352, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33090, 36272, 36503 und 36822 sowie die Kostenpauschalen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32614, 32618, 32660 und 32781 (gültig ab 01.07.2016)

		Die Leistungen der künstlichen Befruchtung werden von der KV Thüringen mit „X“ gekennzeichnet. Die mit einem „X“ versehenen Leistungen werden mit dem 50%igen Punktzahlvolumen der GOP des EBM im Formblatt 3 ausgewiesen. Ab dem 3. Quartal 2016 erfolgt der Ausweis im Formblatt 3 gemäß der jeweils gültigen Empfehlung des BA.
8	Substitutionsbehandlung und Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger	GOP 01950 bis 01952 sowie GOP 01955 und 01956
9	Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V	GOP 01425 und 01426
10	ärztlich angeordnete Hilfeleistungen	GOP 03060, 03062 und 03063
11	Leistungen im Rahmen der Versorgung von HIV-Infizierten	Abschnitt 30.10 EBM GOP 30920, 30922 und 30924
12	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese/ Apherese bei rheumatoider Arthritis	Abschnitt 13.3.6 EBM GOP 13620 bis 13622
13	Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen	Abschnitt 32.2.8 EBM GOP 32880, 32881, 32882
14	Dialysesachkosten	Abschnitt 40.14 EBM
15	Balneophototherapie	Abschnitt 10.3 EBM GOP 10350
16	Varicella-Zoster-Virus Antikörper-Nachweis bei ungeklärter Immunitätslage im Rahmen der Empfängnisregelung	Abschnitt 1.7.5 EBM GOP 01833
17	Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikations-Therapie von Trägern mit MRSA	Abschnitt 30.12 EBM GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956
18	Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen	Abschnitt 35.2 EBM für alle Arztgruppen sowie GOP 35150 (Zusatz Großbuchst. „P“ oder „Q“) für genannte Arztgruppen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V
19	Schmerztherapeutische Leistungen für ausschließlich schmerztherapeutisch tätige bereichseigene Ärzte	Abschnitt 30.7 EBM GOP 30700 (Zusatz Großbuchst. „S“, „X“, „Y“ oder „Z“), GOP 30702, 30704, 30706, 30708 (Zusatz Großbuchst. „S“)

20	Narkosen bei zahnärztlichen Behandlungen bereichseigener Ärzte	GOP 05210, 05211, 05212, 05230, 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 (Zusatz Großbuchst. „Z“)
21	Leistungen der spezifischen Immuntherapie	GOP 30130 und 30131
22	Kinderpneumologische Leistungen	GOP 04530 bis 04537
23	Nephrologie und Dialyse	Abschnitt 13.3.6 EBM ohne GOP 13620 bis 13622
24	Pädiatrische Nephrologie und Dialyse	Abschnitt 4.5.4 EBM sowie die GOP 04000, 04040 und 04230 (und ggf. Buchstabenzusatz gemäß Codiertabelle), wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnittes 4.5.4 des EBM abgerechnet werden
25	Neuropsychologische Therapie	Abschnitt 30.11 EBM GOP 30930, 30931, 30932, 30933, 30934, 30935 (sowie die Höchstwertregelung nach 30936 sowie 30937 gemäß Codiertabelle)
26	Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus (HIV-Resistenztestung)	Abschnitt 32.3 EBM GOP 32821 und 32822
27	Screening auf Gestationsdiabetes	GOP 01776, 01777 und 01812
28	Leistungen der rheumatologischen Versorgung	GOP 13700, 13701
29	Osteodensitometrie	GOP 34601
30	Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	GOP 04528, 04529, 13425, 13426
31	Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe	GOP 06334, 06335, 31371, 31372, 31373, 36371, 36372 und 36373
32	PFG-Zuschläge	GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222, 27222
33	Zuschlag für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung	GOP 04356
34	Kosten, die im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung nach	GOP 40582

- GOP 17372 bei der Verwendung von Radium-223-dichlorid entstehen
- | | | |
|----|---|--|
| 35 | PET und PET/CT | Abschnitt 34.7 EBM GOP 34700, 34701, 34702, 34703 sowie Kostenpauschale 40584 EBM |
| 36 | Soziotherapie | Abschnitt 30.8 EBM GOP 30800, 30810 und 30811 (gültig ab 01.04.2016) |
| 37 | Humangenetik | <p>GOP 11304, 11449 und 11514,</p> <p>Abschnitt 19.4.1 GOP 19406, Abschnitt 19.4.2 EBM GOP 19410, 19411, 19421, 19424, 19425 und 19426, Abschnitt 19.4.4 EBM GOP 19451, 19452, 19453, 19454 und 19456</p> <p>GOP 32865, 32911 (gültig ab 01.07.2016)</p> |
| 38 | Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung gemäß § 118a SGB V | Abschnitt 30.13 EBM GOP 30980, 30981, 30984, 30985, 30986 und 30988 (gültig ab 01.07.2016) |
| 39 | Kooperations- und Koordinationsleistungen im Pflegeheim gemäß Anlage 27 BMV-Ä | Kapitel 37 EBM GOP 37100, 37102, 37105, 37113, 37120 (gültig ab 01.07.2016) |
| 40 | Delegationsfähige Leistungen | Kapitel 38 EBM GOP 38200, 38205 (gültig ab 01.07.2016) |
- (2) Die KV Thüringen übermittelt quartalsweise den Vertragspartnern eine Aufstellung der Ärzte mit entsprechenden Abrechnungsgenehmigungen der Nrn. 8, 10 bis 12 sowie der Nrn. 15, 17 bis 19, 25, 29, 30, 31,35 und 39 nach Abs. 1 in maschinenlesbarer Form (csv-Format). Ergänzend zu Nr. 19 teilt die KV Thüringen quartalsweise den Vertragspartnern mit, welche ausschließlich schmerztherapeutisch tätigen Ärzte eine Genehmigung auf Fallzahlerhöhung (mit Anzahl) erhalten haben.

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

- Gesprächsleistungen 16220E, 21220E, 14220E, 14222E, 23220E
- Allergiediagnostik 30110E, 30111E, 30120E, 30121E und 30123E
- Chronische Wunde 02311E, 02312E, 10330E, 10340E
- Chirurgie nach Hautkrebsscreening 10341E, 10342E, 10343E, 10344E
- Steuerung der weiterführenden Diagnostik/Therapie, insbesondere bei Hauttumoren 07345E, 10345E, 15345E
- Leistungen der Sozialpädiatrie (GOP 04355E)
- Gesprächsleistungen der Psychosomatischen Medizin (GOP 22220E, 22221E)
- zusätzliche Förderung konservativ tätiger Augenärzte in Form einer Aufstockung des Punktwertzuschlages für die augenärztliche Strukturpauschale GOP 06225 in Höhe von 0,19 €-Cent/Punkt (Differenzbetrag von 1,41 €-Cent auf 1,6 €-Cent - GOP 06225E).

Anlage 3 Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen

	Abr.-Nr.	Pauschale
Aufwandspauschale für ambulante Behandlung von Wachkomapatienten je Behandlungsfall	99210	150,00 €
Sachkosten Cergem (gültig bis 30.06.2016 bzw. so lange bis vorhandene Bestände aufgebraucht sind)	99250	52,87 €
Sachkosten Prostaglandin (für Gynäkologie)	99273	2,00 €
Sachkosten für Linsenimplantate bei Kataraktoperationen		
für PMMA-Linsen	99401	120,00 €
für Silicon-Implantate	99402	150,00 €
für Acryl-Implantate	99403	180,00 €
für Hyaluronsäure-Präparate	99404	40,00 €
für Methylzellulose-Präparate	99405	12,00 €
Sachkosten für LDL-Apherese	99700	1.022,58 €
Sachkosten für suprapubische Katheter	99920	22,00 €
Sachkosten für doppellumige Ovarial-Biopsienadeln	99921	55,10 €
Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der sozialpsychiatrischen Behandlung (Das Nähere regeln die Vertragspartner in einer Ergänzungsvereinbarung.)	88895	
Onkologie-Vereinbarung		
Versorgungsebene Eins		
Behandlung florider Hämoblastosen	96500	15,50 €
Behandlung solider Tumore unter tumorspezifischer Therapie, Zusatzangaben erforderlich	96501	15,50 €
Intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie	96502	20,50 €
Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie	96507	10,50 €
Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie ab 2 Stunden	96508	26,00 €
Versorgungsebene Zwei		
Subkutane/intravasale zytostatische Tumorthherapie, Zusatzangaben erforderlich	96503	164,00 €
Behandlung einer laboratoriumsmed. oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Systemerkrankung	96504	15,50 €
Orale zytostatische Chemotherapie, Zusatzangaben erforderlich	96505	61,50 €
Gabe von Bluttransfusionen oder Gabe von Apherese-thrombozytenkonzentraten	96506	41,00 €
Gabe von Poolthrombozytenkonzentraten	96506A	60,00 €

	Abr.-Nr.	Pauschale
Palliativversorgung von Tumorpatienten (gültig ab 01.04.2015)	96509	164,00 €

Wegepauschalen

		Abr.-Nr.	Pauschale
Entfernungsradius bis 2 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97301	3,60 €
Entfernungsradius über 2 bis 5 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97302	7,00 €
Entfernungsradius über 5 bis 10 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97303	10,20 €
Entfernungsradius über 10 bis 15 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97304	13,00 €
Entfernungsradius über 15 bis 20 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97305	16,00 €
Entfernungsradius über 20 bis 25 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97306	19,00 €
Entfernungsradius über 25 bis 30 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97307	22,00 €
Entfernungsradius über 30 bis 35 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97308	25,00 €
Entfernungsradius über 35 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97309	28,00 €
Entfernungsradius bis 2 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97321	8,60 €
Entfernungsradius über 2 bis 5 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97322	12,00 €
Entfernungsradius über 5 bis 10 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97323	15,20 €
Entfernungsradius über 10 bis 15 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97324	18,00 €
Entfernungsradius über 15 bis 20 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97325	21,00 €
Entfernungsradius über 20 bis 25 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97326	24,00 €
Entfernungsradius über 25 bis 30 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97327	27,00 €
Entfernungsradius über 30 bis 35 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97328	30,00 €
Entfernungsradius über 35 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97329	33,00 €

Wegepauschalen im Rahmen des organisierten Notdienstes werden bei der Abrechnung durch die KV Thüringen mit dem Großbuchstaben „N“ gesondert gekennzeichnet.

Sonderregelungen Pauschalen für Notfallambulanzen

	Abr.-Nr.	Pauschale
Sprechstundenbedarfspauschale für Notfallambulanzen nicht ermächtigter Krankenhäuser	99905	1,38 €
Kostenpauschale für Gilchristverband von Notfallambulanzen nicht ermächtigter Krankenhäuser	99906	58,29 €
Kostenpauschale für Rucksackverband von Notfallambulanzen nicht ermächtigter Krankenhäuser	99907	38,99 €

Die Vergütung der Impfleistungen gemäß § 20d SGB V ist Bestandteil der aktuellen Impfvereinbarung.

Abrechnung von Sachkosten gegen Vorlage der Rechnung (siehe § 44 Abs. 6 BMV-Ä)

(1) Sachkosten,

- die nicht unter die entsprechende Allgemeine Bestimmung des EBM (= mit Gebühr abgegolten) fallen,
- die nicht als Sprechstundenbedarf laut Sprechstundenbedarfsvereinbarung bezogen werden können,
- die nicht als Arznei-, Heil- und Hilfsmittel auf den Namen des Patienten verordnet werden können und
- auf die keine gesonderte Vergütungsvereinbarung (z. B. Pauschale) zutrifft,

sind gegenüber der KV Thüringen versichertenbezogen unter Beifügung der Originalrechnung (mit Stempel und Unterschrift des Arztes) als rechnungsbegründende Unterlage gesondert abrechenbar. Sofern aus Gründen der Wirtschaftlichkeit Mehrfachpackungen bezogen wurden, ist bei erstmaliger anteiliger Abrechnung durch den Vertragsarzt die Originalrechnung mit einer versichertenbezogenen Auflistung einzureichen. Bei jeder weiteren anteiligen Abrechnung der bereits eingereichten Originalrechnung ist jeweils eine Kopie der Rechnung mit einer versichertenbezogenen Auflistung vorzulegen.

(2) Folgende Sachkosten sind direkt über die zuständige Krankenkasse abzurechnen, sofern es sich um vertragsärztliche Leistungen handelt, insbesondere:

- Herzschrittmacher,
- Herniennetze,
- Tränenangsröhrchen/Hydrogel Plug,
- Implantate im Rahmen von chirurgischen Eingriffen (Knochen- und Gelenkchirurgie) gemäß Anhang 2 EBM, Abschnitte 2.21 bis 2.22.8,
- Stents (soweit nicht mit der GOP abgegolten),
- Portsysteme,
- Untersuchungskapsel bei Durchführung einer Kapselendoskopie gemäß GOP 04528, 13425.

Diese Sachkosten sind versichertenbezogen bei der zuständigen Krankenkasse mittels Sachkostenformular (**Anlage 4**) und der Originalrechnung (mit Stempel und Unterschrift des Arztes) in Rechnung zu stellen.

Abtretungserklärungen an Hersteller bzw. Lieferanten sind möglich. Dazu ist auf dem Sachkostenformular der entsprechende Abschnitt auszufüllen.

- ### (3) Der Vertragsarzt wählt die gesondert berechnungsfähigen Materialien unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus.
- ### (4) Aus den eingereichten Rechnungen muss der Name des Herstellers bzw. des Lieferanten und die Artikelbezeichnung bzw. Artikelnummer hervorgehen.
- ### (5) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 % weiterzugeben.
- ### (6) Der Vertragsarzt bestätigt dies durch seine Unterschrift gegenüber der rechnungsbegleichenden Stelle.

- (7) Die Ausweisung der nach Abs. 1 abgerechneten Sachkosten erfolgt im Formblatt 3 unter Kontenart 400/Kapitel 87 – Zusatzleistungen/Abschnitt 1 - Kosten gemäß Allgemeiner Bestimmungen 7.3. Zusätzlich übermittelt die KV Thüringen für das jeweilige Quartal als rechnungsbegründende Unterlagen einzelfallbezogene Nachweise sowie die dazugehörigen Rechnungen (Einzelrechnung als Originalrechnung, Sammelrechnungen als Rechnungskopien).

Anlage 3a Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

AOK PLUS

1. Leistungen, die nicht durch andere Vereinbarungen geregelt sind:

1.1 Arztanfragen der AOK PLUS

	Abr.-Nr.	Vergütung
Pauschale für Kopien je Seite	99500	0,15 €
Abgrenzung der Leistungszuständigkeit bei verordneten Leistungen Arbeitsunfall/Berufskrankheit	99503	4,00 €
Heilbehandlung/Versorgungskrankengeld nach BVG	99504	7,50 €
Abgrenzung der Leistungszuständigkeit bei ärztlicher Behandlung	99505	7,50 €
Abgrenzung Leistungszuständigkeit bei Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsunfall/Berufskrankheit	99506	4,00 €
Übermittlung von Behandlungsunterlagen/Dokumentationen zzgl. 99500	99507	4,00 €
Anfrage zum Unfallereignis	99508	4,00 €
Anfrage zu Leistungen und Folgen im Zusammenhang mit einem Unfallereignis	99509	7,50 €
Anfrage zur Einschätzung des Spätfolgerisikos mit einem Unfallereignis	99510	7,50 €
Verordnung eines Bewegungstrainers	99511	2,00 €
Verordnung eines Hilfsmittels	99512	4,00 €
Verordnung eines Hilfsmittel zur Schlafapnoe-Behandlung zzgl. 99500	99517	7,50 €
Anforderung von Unterlagen zur Vorlage beim MDK zzgl. 99500	99523	4,00 €
Ärztlicher Befundbericht zu medizinischen Leistungen zur Vorsorge/ Rehabilitation (A3 beidseitig) zzgl. 99500	99524	7,50 €

1.2 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der AOK PLUS abzurechnen.

2. Leistungen, die in anderen Verträgen/Vereinbarungen geregelt sind:

Bei den unter 2 aufgeführten Leistungen handelt es sich lediglich um eine vervollständigende Aufstellung. Die vertraglichen Grundlagen bilden die jeweiligen Vereinbarungen (z. B. Laufzeiten und Vergütungshöhen) und bleiben von dieser Aufstellung unberührt.

2.1 Hautscreening – gültig ab 01.10.2013

2.1.1 Für Versicherte ab dem Alter von 14 Jahren bis zum Alter von 34 Jahren

	Abr.-Nr.	Vergütung
Kostenpauschale für die Hautkrebsvorsorge	99191	26,00 €
Kostenpauschale für eine ggf. erforderliche Auflichtmikroskopie , sofern diese in derselben Behandlung wie die Abrechnungsnummer 99191 erbracht wurde	99191A	7,00 €

2.1.2 Für Versicherte ab dem Alter von 35 Jahren

Kostenpauschale für eine ggf. erforderliche Auflichtmikroskopie , sofern diese in derselben Behandlung wie eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß der Gebührenordnungsposition 01745 EBM erbracht wurde	99191B	7,00 €
---	--------	--------

2.2 Information über Sekundärprävention gemäß Vertrag

- Ärztliche Beratung, Information und Befürwortung der Maßnahme

	Abr.-Nr.	Vergütung
Programm „Herz-Kreislauf“	99008H	4,50 €
Programm „Rücken“	99008R	4,50 €
Programm „Metabolisches Syndrom“	99008M	4,50 €
Programm „Ernährungsberatung“	99008E	4,50 €

- Abschlussuntersuchung des Arztes

	Abr.-Nr.	Vergütung
Programm „Herz-Kreislauf“	99006H	10,50 €
Programm „Rücken“	99006R	10,50 €
Programm „Metabolisches Syndrom“	99006M	10,50 €
Programm „Ernährungsberatung“	99006E	10,50 €

2.3 Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (U10, U11, J2) gemäß Vertrag

	Abr.-Nr.	Vergütung
Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U10	99041	50,00 €
Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U11	99042	50,00 €
Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der J2	99043	50,00 €

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

Leistungsbeschreibung	Abr.-Nr.	Vergütung
1. Für Vertragsärzte gemäß § 3 Abs. 1 abrechenbare Pauschalen:		
Bestimmung des Taillenumfangs und Dokumentation im Check-up-PLUS-Fragebogen inkl. Ermittlung des Gesamtpunktwertes des Fragebogens	99380	4,50 €
Empfehlung Primärpräventionsangebote mittels Abrissgutschein Check-up-PLUS-Fragebogen	99381	4,50 €
Durchführung 75 g oGTT (inkl. Sachkosten für 75 g Glukose in ungelöster Substanz und Dokumentation der 3 Messwerte) ¹⁾ Die notwendigen Sachkosten sind mit dieser Vergütung abgegolten. Ein Bezug der Testsubstanz gemäß Sprechstundenbedarfsvereinbarung oder eine Verordnung zu Lasten der Versicherten ist nicht zulässig.	99382	16,35 €
Die Prämienzahlung erfolgt, wenn das Primärpräventionsangebot empfohlen wurde und der Versicherte sich bei der AOK PLUS einen Kursgutschein abholt. Durch den Arzt ist keine Abrechnung erforderlich. Die KVT setzt anhand der Datenlieferung durch die AOK PLUS diese Abr.-Nr. automatisch zu. Die Vergütung wird mit der nächstmöglichen Quartalsabrechnung gezahlt.	99383	5,50 €

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

2. Für Vertragsärzte gemäß § 3 Abs. 1 und 3 abrechenbare Pauschalen:		
Bestimmung des SKW / der GFR	99384	0,32 €
Laborbestimmung des Glukosewertes innerhalb des oGTT ²⁾ (drei Tests à 0,25 EUR)	99385	0,75 €

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

2.5 Vereinbarung zur Überweisungssteuerung – gültig ab 01.01.2015

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

Anlage 3b

Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

BKK Landesverband Mitte, Regionalvertretung Thüringen und Sachsen
--

1. Leistungen, die nicht durch andere Vereinbarungen geregelt sind:

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen BKK abzurechnen.

Anlage 3c **Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen**

IKK classic

1. Leistungen, die nicht durch andere Vereinbarungen geregelt sind:

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen IKK abzurechnen.

1.2 Schulung von Diabetikern außerhalb des DMP

	Abr.-Nr.	Vergütung
Schulung der Diabetiker	97215	6,14 €
Schulungsmaterial	98015	9,40 €

2. Leistungen, die in anderen Verträgen/Vereinbarungen geregelt sind:

Bei den unter 2 aufgeführten Leistungen handelt es sich lediglich um eine vervollständigende Aufstellung. Die vertraglichen Grundlagen bilden die jeweiligen Vereinbarungen (z. B. Laufzeiten und Vergütungshöhen) und bleiben von dieser Aufstellung unberührt

2.1 Sekundär- und Tertiärprävention gemäß Vereinbarung

- Ärztliche Beratung, Ausstellung der Präventionsempfehlung

	Abr.-Nr.	Vergütung
Bewegung	99216	5,00 Euro
Ernährung	99217	5,00 Euro
Stressmanagement	99218	5,00 Euro

Anlage 3d Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

vdek, Landesvertretung Thüringen

1. Leistungen, die nicht durch andere Vereinbarungen geregelt sind:

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen Ersatzkasse abzurechnen.

Anlage 3e

Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

Knappschaft

1. Leistungen, die nicht durch andere Vereinbarungen geregelt sind:

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der Knappschaft abzurechnen.

Anlage 3f
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, als Landwirtschaftliche Krankenkasse

1. Leistungen, die nicht durch andere Vereinbarungen geregelt sind:

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der SVLFG abzurechnen.

Anlage 4 Sachkostenformular

↑ Platz für den Ausdruck der Patientendaten

Sachkostenformular (Medizinprodukte) im Zusammenhang mit vertragsärztlichen Leistungen

OPS			
ICD			
EBM-Positionen			
Datum der Leistungserbringung			
Produktbezeichnung und Produktname	Anzahl in Stück*	Volumen in ml*	Hersteller

* = ggf. Durchschnittswert für den einzelnen Behandlungs-/Krankheitsfall eintragen

Unfallfolgen * Arbeitsunfall * BVG *

* = ggf. anzukreuzen

Hinweis: Verordnungsfähige Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sind auf Muster 16 (Arzneiverordnungsblatt) zu verordnen.

Erklärung: Es werden nur die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung gestellt. Ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 % werden an die Krankenkasse weitergegeben.

Datum

Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Abtretungserklärung: Hiermit trete ich meine Abrechnungsansprüche gegen die Krankenkasse an den Hersteller der verwendeten Medizinprodukte ab. Meine Haftung nach Vertragsarztrecht für die Richtigkeit der geltend gemachten Kosten bleibt durch die Rechnungslegung über einen Hersteller bzw. Lieferanten unberührt.

Datum

Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Anlage 5 Vergütungszuschläge für ärztliche Leistungen im Pflegeheim gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz i. V. m. § 119b SGB V – gültig bis 30.06.2016

Präambel

Gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz SGB V können Zuschläge zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen i. V. m. § 119b SGB V vereinbart werden. Die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages Ärzte (BMV-Ä) haben gemäß § 119b Abs. 2 SGB V eine entsprechende Vereinbarung zu den Rahmenbedingungen der kooperativen und koordinierten Versorgung mit der Anlage 27 zum BMV-Ä abgeschlossen. Diese stellt gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz SGB V die Voraussetzung für die Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in Thüringen dar und deren Einhaltung ist die Grundlage für die Zahlung der Zuschläge. Mit den in der Anlage vereinbarten Förderungen soll die ärztliche und pflegerische Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen verbessert werden.

Im Kontext mit dem Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) vereinbaren die Vertragspartner die folgenden Förderungen als Übergangsregelung bis zum Inkrafttreten der im HPG enthaltenen Vorgaben, wonach eine Regelung im EBM zu treffen ist, nach der die zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen, die den Anforderungen nach § 119b Abs. 2 SGB V entsprechen, vergütet werden.

§ 1 Gegenstand, Ziele Geltungsbereich

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren in dieser Anlage die Voraussetzungen zur Zahlung der Zuschläge für die Förderungen der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen durch Kooperationsverträge gemäß § 119b Abs. 1 SGB V. Mit den Förderungen soll die Lebensqualität der Versicherten in stationären Pflegeheimen verbessert und folgende Ziele der Anlage 27 BMV-Ä erreicht werden:
 - a. Verbesserung der haus- und fachärztlichen Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen insbesondere durch
 - Steuerung des Behandlungsprozesses, insbesondere die Veranlassung und Durchführung und/oder Koordination von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen nach Maßgabe der Anlage 27 BMV-Ä einschließlich der Einbeziehung aller an dieser Maßnahme beteiligten Berufsgruppen, insbesondere des Pflegepersonals der stationären Pflegeeinrichtungen
 - Visiten und Fallbesprechungen
 - feste Ansprechpartner in der stationären Pflegeeinrichtung
 - geregelte Kommunikationsstrukturen und –zeiten,
 - b. Vermeidung unnötiger Inanspruchnahmen von Leistungen des Bereitschafts- und des Rettungsdienstes,
 - c. Reduzierung vermeidbarer Krankenhausaufenthalte und der dazugehörigen Krankentransporte,
 - d. Koordinierte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie einschließlich der Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen,
 - e. Indikationsgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie der Wegfall unnötiger Doppeluntersuchungen.

- (2) Die Regelungen gelten für Vertragsärzte im Bereich der KV Thüringen sowie stationäre Pflegeeinrichtungen in Thüringen sowie Versicherte, die in einer solchen Pflegeeinrichtungen wohnen und dort kooperativ und koordiniert ärztlich und pflegerisch versorgt werden.

§ 2 Voraussetzung für die Förderung, Genehmigung der KV Thüringen

- (1) Die Zuschläge nach § 3 sind nur abrechnungsfähig für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) betreut werden, wenn der Vertragsarzt mit der stationären Pflegeeinrichtung einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V geschlossen hat, welcher den verbindlichen Anforderungen der Anlage 27 BMV-Ä entspricht und wenn die KV Thüringen die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat.
- (2) Voraussetzung für die Zuschläge nach § 3 ist eine Abrechnungsberechtigung der KV Thüringen.
- (3) Nach Abschluss eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V zwischen dem Arzt und der stationären Pflegeeinrichtung in Thüringen ist der Kooperationsvertrag der KV Thüringen zu übermitteln. Die KV Thüringen prüft den vorliegenden Kooperationsvertrag und erteilt nach Erfüllung der Voraussetzungen der Anlage 27 BMV-Ä sowie der Inhalte nach den Abs. 4, 5 und 6 eine Abrechnungsberechtigung. Die KV Thüringen übermittelt den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen eine Kopie der Kooperationsverträge mit dem Datum der Abrechnungsberechtigung.
- (4) Für eine umfassende Verbesserung der Versorgung in den stationären Pflegeeinrichtungen erfolgt die Abrechnungsberechtigung unter der Voraussetzung, dass die Pflegeeinrichtung entsprechende Kooperationsverträge mit einem Verbund an Vertragsärzten unter Beteiligung von Haus- und Fachärzten abgeschlossen hat.
- (5) Folgende Inhalte müssen zwingend Bestandteil der Kooperationsverträge sein:
- a. Sicherstellung einer bedarfsgerechten ärztlichen Präsenz
 - b. persönliche Versorgung bis 22.00 Uhr
 - c. eine Regelung zur Versorgung nach 22.00 Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen
 - d. Gewährleistung der telefonischen Erreichbarkeit
 - e. Koordination, Fallbesprechungen
 - f. Geeignetes Informationssystem, gemeinsame Dokumentationsform und -aufbewahrung der ärztlich durchgeführten Leistungen, Befunderhebungen und Anweisungen mit Hinweisen zu Arzneimitteltherapie sowie der Informationen des Pflegepersonals.
- (6) Der als Anhang beigefügte Musterkooperationsvertrag ist Bestandteil dieses Vertrages und bildet die Mindestanforderungen für die Kooperationsverträge ab.

§ 3 Zuschläge

- (1) Die an einem Kooperationsvertrag mit einem Pflegeheim teilnehmenden Vertragsärzte erhalten zusätzlich zu den regulären vertragsärztlichen Vergütungen (gemäß EBM und den im aktuell gültigen Honorarvertrag vereinbarten Förderungen) für die im Rahmen dieser Anlage erbrachten Leistungen folgende Vergütungen:

- **Besuchspauschale für Sprechzeiten im Heim** (Abrechnungs-Nr. 99026):

Zuschlag i. H. v. 15,00 Euro
im Zusammenhang mit GOP 01410H, 01413H

- **Besuchspauschale für dringende Besuche außerhalb der Sprechzeiten**
(Abrechnungs-Nr. 99027):

Zuschlag i. H. v. 20,00 Euro
im Zusammenhang mit GOP 01411H, 01412H, 01415

- (2) Die Vergütungen nach den Abrechnungs-Nrn. 99026 und 99027 werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlt. Der Ausweis erfolgt im Formblatt 3 auf GOP-Ebene (Ebene 6) sowie gemäß den Vorgaben zum Formblatt 3 (Vorgang 013).
- (3) Ab dem Zeitpunkt der Abrechnungsberechtigung durch die KV Thüringen besteht Anspruch auf die Zahlung der Vergütung nach Abs.1.
- (4) Die KV Thüringen übermittelt quartalsweise den Vertragspartnern eine Aufstellung der Vertragsärzte mit entsprechenden Abrechnungsberechtigungen (Vertragsarzt/Pflegeeinrichtung) nach dieser Anlage.
- (5) Für die Abrechnung und Abrechnungsprüfung der Zuschläge finden im Übrigen die allgemeinen Grundsätze der vertragsärztlichen Versorgung Anwendung. Dies gilt auch entsprechend für den Datenschutz.

§ 4 Inkrafttreten

- (1) Die Regelungen treten ab 01.10.2015 in Kraft und enden am 30.06.2016.

Anhang: Musterkooperationsvertrag nach § 119b Abs. 1 SGB V

Anhang zu Anlage 5
zur Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2016 – gültig bis
30.06.2016

**Kooperationsvertrag
nach § 119b Abs. 1 SGB V
entsprechend der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V
zur Förderung der kooperativen und
koordinierten ärztlichen und pflegerischen
Versorgung in stationären Pflegeheimen
(Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte)
zwischen**

der stationären Pflegeeinrichtung

IK

und nachstehend genannten Vertragsärzten

dem Vertragsarzt / MVZ

mit Praxissitz

LANR

dem Vertragsarzt / MVZ

mit Praxissitz

LANR

dem Vertragsarzt / MVZ

mit Praxissitz

LANR

dem Vertragsarzt / MVZ

mit Praxissitz

LANR

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im folgenden Vertragstext Status- und Funktionsbezeichnungen stets in der maskulinen Form verwendet. Die Bezeichnungen umfassen jedoch jeweils Personen weiblichen und männlichen Geschlechts gleichermaßen.

§ 1 Gegenstand des Kooperationsvertrages

- (1) Die stationäre Pflegeeinrichtung und die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Haus- und Fachärzte bzw. MVZs schließen diesen Kooperationsvertrag nach § 119b Abs. 1 SGB V, um den Patienten in der stationären Pflegeeinrichtung eine koordinierte und strukturierte Versorgung anzubieten.
- (2) Die auf Bundesebene fixierten grundlegenden Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von Patienten in der stationären Pflegeeinrichtung (Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen - Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) bilden den verbindlichen Rahmen und werden durch diesen Kooperationsvertrag konkretisiert.
- (3) Dieser Kooperationsvertrag umfasst zusätzliche Aufgaben des Vertragsarztes gemäß § 2 und § 3 dieses Vertrages, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bisher nicht erbracht werden. Er ist die Voraussetzung für die Zahlung von Zuschlägen nach § 87a Abs. 2 S. 3 Nr. 2 i. V. m. § 119b Abs. 1 SGB V für alle in der stationären Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen i. V. m. den zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vereinbarten Vergütungsregelungen.
- (4) Durch eine verbesserte kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen sollen insbesondere
 - o die unnötige Inanspruchnahme von Leistungen des ärztlichen Notdienstes und des Rettungsdienstes vermieden,
 - o vermeidbare Krankenhausaufenthalte einschließlich Krankentransporte reduziert,
 - o eine wirtschaftliche Arzneimitteltherapie einschließlich der Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen koordiniert,
 - o eine indikationsgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung gefördertwerden sowie
 - o unnötige Doppeluntersuchungen entfallen.
- (5) Die Vertragspartner arbeiten eng, kooperativ und vertrauensvoll zusammen. Dies umfasst den Aufbau strukturierter Prozesse für einen funktionierenden Informationsaustausch.
- (6) Der Abschluss des Kooperationsvertrages ist für den Arzt und die stationäre Pflegeeinrichtung freiwillig. Das Recht auf freie Arztwahl der Patienten in der stationären Pflegeeinrichtung bleibt unberührt.

§ 2 Aufgaben des Hausarztes

- (1) Der Hausarzt übernimmt die Steuerung des interdisziplinären und multiprofessionellen Behandlungsprozesses. Hierzu gehört die Veranlassung und Durchführung und/oder Koordination von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen unter Einbeziehung aller beteiligten Berufsgruppen. Dies wird durch die nachfolgenden Absprachen zur Zusammenarbeit, zum Informationsaustausch und zur Dokumentation gewährleistet.

- (2) Der Hausarzt und die stationäre Pflegeeinrichtung vereinbaren, dass die ärztlichen Sprechzeiten regelmäßig und bedarfsgerecht erfolgen. Die ärztliche Sprechzeit wird wie folgt vereinbart:

- (3) Der Hausarzt teilt der stationären Pflegeeinrichtung mit, wer ihn im Fall seiner Verhinderung (z. B. wegen Urlaub oder Krankheit) vertritt.

- (4) Ist eine Einweisung zur stationären Krankenhausbehandlung erforderlich, orientiert sich der Hausarzt am Patientenwohl und am Patientenwillen und berücksichtigt bei der Verordnung die bestehenden Versorgungsstrukturen. Er kommuniziert mit dem behandelnden Krankenhausarzt nach einer Krankenseinweisung und nach einer -entlassung.

- (5) Der Hausarzt steht dem Versicherten und den Angehörigen bzw. Bezugspersonen als Ansprechpartner zur Verfügung.

- (6) Der Hausarzt koordiniert bedarfsgerecht in Zusammenarbeit mit der stationären Pflegeeinrichtung patientenorientierte Fallbesprechungen und Konsile für die Patienten der stationären Pflegeeinrichtung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen sowie der Pflegekräfte (ggf. auch telefonisch).

- (7) Der Hausarzt und die stationäre Pflegeeinrichtung haben folgende Vereinbarung für die Versorgung bis 22:00 Uhr getroffen:

- (8) Die Versorgung nach 22:00 Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen wird unter Einbeziehung des ärztlichen Notdienstes gewährleistet. Dem Arzt im ärztlichen Notdienst werden durch die stationäre Pflegeeinrichtung aussagekräftige Informationen zu den jeweiligen Patienten zur Verfügung gestellt.

- (9) Zur telefonischen Erreichbarkeit des Hausarztes wird folgende Vereinbarung getroffen:

§ 3 Aufgaben der Fachärzte

- (1) Der Facharzt arbeitet mit dem - den Patienten in der stationären Pflegeeinrichtung behandelnden - Hausarzt zusammen. Dies bedeutet insbesondere, dass er schriftlich den behandelnden Hausarzt bei Änderung des Befundes, der Diagnose oder der Therapie über die Diagnosestellung und die Behandlungsmaßnahmen informiert.

- (2) Der Facharzt und die stationäre Pflegeeinrichtung vereinbaren, dass die ärztlichen Besuche bzw. Konsile der Versicherten regelmäßig und bedarfsgerecht erfolgen.

- (3) Der Facharzt und die stationäre Pflegeeinrichtung haben folgende Vereinbarung für die Versorgung bis 22:00 Uhr getroffen:

- (4) Die Versorgung nach 22:00 Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen wird unter Einbeziehung des ärztlichen Notdienstes gewährleistet. Dem Arzt im ärztlichen Notdienst

werden durch die stationäre Pflegeeinrichtung aussagekräftige Informationen zu den jeweiligen Patienten zur Verfügung gestellt.

- (5) Zur telefonischen Erreichbarkeit des Facharztes wird folgende Vereinbarung getroffen:

§ 4 Aufgaben der stationären Pflegeeinrichtung

- (1) Zur Förderung einer kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von Versicherten benennt die stationäre Pflegeeinrichtung eine Pflegefachkraft als Ansprechpartner für den Vertragsarzt. Dieser Ansprechpartner wird ebenfalls durch eine Pflegefachkraft vertreten.

- (2) Für die Inanspruchnahme des Vertragsarztes außerhalb der vereinbarten persönlichen und telefonischen Erreichbarkeit wurde bei nicht aufschiebbaren Fällen folgende Absprache getroffen:

- (3) Pflegefachkräfte nehmen bei Bedarf und mit Zustimmung des Versicherten an den Visiten sowie regelhaft an interdisziplinären Fallbesprechungen teil.

- (4) Die stationäre Pflegeeinrichtung gewährleistet die Umsetzung geänderter Arzneimittelverordnungen, z. B. die Verabreichung von flüssigen und festen geteilten Darreichungsformen.

- (5) Die stationäre Pflegeeinrichtung unterstützt bedarfsorientiert den Vertragsarzt bei der Koordination und Durchführung von diagnostischen, medizinischen und therapeutischen Maßnahmen.

- (6) Sollte der Vertragsarzt nicht erreichbar sein, wird für die Rücksprache vor einem ggf. notwendigen Krankenhausaufenthalt Folgendes vereinbart:

- (7) Zur Wahrung der Intimsphäre und der Vertraulichkeit der Behandlung wurden folgende Vorkehrungen vereinbart:

- (8) Bei Tätigwerden eines Arztes im ärztlichen Notdienst werden aussagekräftige Informationen über die Patienten zur Verfügung gestellt.

§ 5 Zusammenarbeit

- (1) Zur Konkretisierung der engen, kooperativen und vertrauensvollen Zusammenarbeit haben die stationäre Pflegeeinrichtung und die Vertragsärzte ggf. folgende Maßnahmen ergriffen:

- (2) Bezüglich der Dokumentation der ärztlichen Leistungen, Befunderhebungen und Anweisungen haben die stationäre Pflegeeinrichtung und die Vertragsärzte Folgendes als gemeinsame Dokumentationsform und -aufbewahrung vereinbart:
-
-
-

- (3) Zur Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen (z. B. Diabetes, Schmerzpatienten, KHK u. a.) können von den Vertragsärzten in Zusammenarbeit mit der stationären Pflegeeinrichtung allgemein gültige Handlungsempfehlungen erarbeitet werden.
- (4) Die Vertragsärzte sind mit der Übermittlung ihrer Namen und LANR an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen im Rahmen der Informationspflicht der stationären Pflegeeinrichtungen einverstanden.

§ 6 Anerkennung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

Dieser Kooperationsvertrag ist der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen zur Prüfung unverzüglich zu übermitteln. Er ist Voraussetzung für die Zahlung von Zuschlägen entsprechend der zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen getroffenen Regelungen nach § 87a Abs. 2 S. 3 Nr. 2 i. V. m. § 119b Abs. 1 SGB V. Ab dem Zeitpunkt der Anerkennung des Kooperationsvertrages durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen besteht Anspruch auf Zahlung der Vergütung nach § 1 Abs. 3. Bei der Abrechnung der ärztlichen Leistungen sind die Vereinbarung nach § 87a Abs. 2 S. 3 Nr. 2 und Abs. 3 SGB V einschließlich der Abrechnungsbestimmungen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen zu beachten.

§ 7 Schweigepflicht

Die stationäre Pflegeeinrichtung stellt sicher, dass zur Durchführung der hier getroffenen Vereinbarungen, insbesondere zur Dokumentation und zum Informationsaustausch, entsprechende schriftliche Erklärungen des Patienten oder seines Bevollmächtigten oder Betreuers zur Entbindung von der gesetzlichen ärztlichen Schweigepflicht vorliegen.

§ 8 Datenschutz

- (1) Der Vertragsarzt und die stationäre Pflegeeinrichtung sind damit einverstanden, dass dieser Kooperationsvertrag über die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie über die Landesverbände der Krankenkassen und den GKV-Spitzenverband an das Institut des BA zum Zwecke der Evaluation nach § 119b Abs. 3 SGB V zur Verfügung gestellt wird.
- (2) Im Übrigen sind die Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verpflichtet.

§ 9 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel am nächsten kommt. Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, ihn unter Beachtung der erkennbaren Zielsetzung zu ergänzen.

§ 10 Schlussbestimmungen

- (1) Dieser Kooperationsvertrag nach § 119b Abs. 1 SGB V wird mit Wirkung zum geschlossen.
- (2) Der Kooperationsvertrag kann von den Vertragspartnern mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Quartals schriftlich gekündigt werden. Die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen ist über Vertragsänderungen und das Vertragsende unverzüglich schriftlich zu informieren.

Ort, Datum

Ort, Datum

Ort, Datum

Stationäre Pflegeeinrichtung

teilnehmender Vertragsarzt

Ärztlicher Leiter MVZ/
Anstellender Vertragsarzt

Ort, Datum

teilnehmender Vertragsarzt

Ort, Datum

teilnehmender Vertragsarzt

Anlage 6 Ergänzende Regelungen zum Notdienst, zur Transparenz sowie zur Nachvergütung Psychotherapie

§ 1 Notdienst

- (1) In Umsetzung der 3. Protokollnotiz zur Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2015 in Punkt 2 stellen die Krankenkassen der KV Thüringen zur Anschubfinanzierung bzw. Unterstützung von Fusionen von Bereitschaftsdienstpraxen und Notfallambulanzen an Krankenhausstandorten (Triage-System) sowie zur Optimierung bestehender Notdienst-Strukturen in Thüringen einmalig und nicht basiswirksam in 2016 einen Gesamtbetrag von 1,5 Mio. Euro zur Verfügung. Der Jahresbetrag wird zu gleichen Anteilen auf die Quartale aufgeteilt. Der kassenspezifische Anteil je Quartal ergibt sich aus dem jeweiligen Anteil der Krankenkasse bei der Anteilsbildung im Zusammenhang mit den Berechnungen der Quartals-MGV aus dem kassenspezifischen prozentualen Anteil unter Berücksichtigung der Entwicklungen der Versichertenzahlen gemäß **Anlage 1c**. Der Ausweis im Formblatt 3 erfolgt quartalsweise in Kto. 400, Vorgang 70.
- (2) Die KV Thüringen erstellt ein Konzept, in welchem die Zusammenarbeit beschrieben ist sowie die Datenlieferungen für die Ergebnismessung enthalten sind. Die Inhalte werden gesondert zwischen der KV Thüringen und den Krankenkassenverbänden abgestimmt.

§ 2 Transparenz im Zusammenhang mit den Abrechnungen der Psychotherapie und den Finanzmitteln im Rahmen des Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V

a) Abrechnung Psychotherapie

Für den Zeitraum 1. Quartal 2013 bis 2. Quartal 2015 werden jeweils die abgerechneten Psychotherapie-Leistungen durch Thüringer Vertragsärzte/Therapeuten für Versicherte mit Wohnort in Thüringen je Quartal und Krankenkasse bzw. je Quartal und Krankenkassenverband für die entsprechenden Mitgliedskassen in einer PDF- und Excel-Datei mit folgendem Inhalt bereitgestellt.

- Vertragsärzte/-therapeuten, die Widerspruch gegen ihren Honorarbescheid eingelegt haben,
- Ausweis des zur Ermittlung der Auslastung herangezogenen Tätigkeitsumfangs lt. Zulassungsbescheid je Vertragsarzt/-therapeut,
- Ausweis des kassenspezifischen abgerechneten Punktzahlvolumens der Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM – GOP 35200 bis 35225 inkl. Buchstabenzusätze je Vertragsarzt/-therapeut,
- Ausweis des kassenspezifischen Vergütungsvolumens in Euro der Leistungen – GOP 35251 und 35252 inkl. Buchstabenzusätze sowie ab 1. Quartal 2015 zusätzlich GOP 35253 inkl. Buchstabenzusatz je Vertragsarzt/-therapeut,
- Ausweis der kassenspezifischen Summe der Nachvergütung der Leistungen für Abschnitt 35.2 EBM und der Zuschläge je Vertragsarzt/-therapeut.

b) Abrechnung Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V

Die KV Thüringen stellt den Krankenkassenverbänden kalenderjährlich eine Aufstellung der zur Verfügung stehenden Mittel gemäß § 105 Abs. 1a SGB V sowie der Mittelverwendung je Maßnahme und insgesamt zur Verfügung.

Sofern die von den Krankenkassen gezahlten Mittel des Strukturfonds die anteiligen Ausgaben für geförderte Maßnahmen überschreiten, wird diese Differenz nach folgendem Modus an die jeweiligen Krankenkassen zurückerstattet:

- Ermittlung des Rückerstattungsbetrages je Krankenkasse auf der Grundlage des prozentualen kassenspezifischen Anteils an der MGV anhand der zum Zeitpunkt der Berechnung vorliegenden Daten des jeweiligen Kalenderjahres,
- Ausweis des Rückerstattungsbetrages unter Budgetkennung 6, Vorgang 79 im Formblatt 3 im 3. Quartal des Folgejahres.

§ 3

Umsetzung der Nachvergütungen in Folge der Höherbewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Richtlinienpsychotherapie im EBM ab 2012

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren zur Nachvergütung aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie gemäß der Beschlüsse des EBA in seiner 43. Sitzung sowie des BA in seiner 372. Sitzung, dass die Krankenkassen die Kosten für die Nachvergütungen übernehmen, welche der KV Thüringen für die Quartale 1/2013 bis 2/2015 für die Leistungserbringer entstanden sind, deren Honorarbescheid aufgrund der Bewertung des EBM widerspruchsbehaftet waren. Die KV Thüringen stellt die Transparenz gemäß § 2 Buchstabe a) her.
- (2) Die Nachzahlungsbeträge für die psychotherapeutischen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM für den Zeitraum vom 1. Quartal 2013 bis zum 2. Quartal 2015 werden in den Korrekturformblättern 3 je Quartal in der Kontenart 996 (Psychotherapeutische Leistungen - extrabudgetär) ausgewiesen. Ab dem 3. Quartal 2015 sind die Höherbewertungen bereits in der Quartalsabrechnung wie auch im Formblatt 3 berücksichtigt.

Bewertungen abgerechneter GOP für den Zeitraum I/2013 bis III/2013

abgerechnete GOP	Wert Pkt.	zuzusetzende GOP	Wert Pkt.
35200	2315	35200E	60
35200B	2315	35200F	60
35200D	2315	35200G	60
35201	2315	35201E	60
abgerechnete GOP	Wert Pkt.	zuzusetzende GOP	Wert Pkt.
35201B	2315	35201F	60
35210	2315	35210E	60
35210B	2315	35210F	60
35220	2315	35220E	60
35220B	2315	35220F	60
35220D	2315	35220G	60

35221	2315	35221E	60
35221B	2315	35221F	60
35221D	2315	35221G	60
35202	1150	35202E	30
35202B	1150	35202F	30
35203	1150	35203E	30
35203B	1150	35203F	30
35211	1150	35211E	30
35211B	1150	35211F	30
35222	1150	35222E	30
35222B	1150	35222F	30
35223	1150	35223E	30
35223B	1150	35223F	30
35224	580	35224E	15
35224B	580	35224F	15
35225	580	35225E	15
35225B	580	35225F	15

Bewertungen abgerechneter GOP für den Zeitraum IV/2013 bis II/2015

abgerechnete GOP	Wert Pkt.	zuzusetzende GOP	Wert Pkt.
35200	819	35200E	22
35200B	819	35200F	22
35200D	819	35200G	22
35201	819	35201E	22
35201B	819	35201F	22
35210	819	35210E	22
35210B	819	35210F	22
35220	819	35220E	22
35220B	819	35220F	22
35220D	819	35220G	22
35221	819	35221E	22
35221B	819	35221F	22
35221D	819	35221G	22
35202	407	35202E	11
35202B	407	35202F	11
35203	407	35203E	11
35203B	407	35203F	11
35211	407	35211E	11
35211B	407	35211F	11
35222	407	35222E	11
35222B	407	35222F	11
35223	407	35223E	11
abgerechnete GOP	Wert Pkt.	zuzusetzende GOP	Wert Pkt.
35223B	407	35223F	11
35224	205	35224E	6
35224B	205	35224F	6
35225	205	35225E	6
35225B	205	35225F	6
35205	814	35205E	22

35205B	814	35205F	22
35208	814	35208E	22
35208B	814	35208F	22
35212	814	35212E	22
35212B	814	35212F	22

Ausweis der Zuschlags-GOP für den Zeitraum I/2013 bis IV/2014

Zuschlags-GOP

35251
35251B
35252
35252B

Ausweis der Zuschlags-GOP für den Zeitraum I/2015 bis II/2015

Zuschlags-GOP

35251
35251B
35252
35252B
35253
35253B