

Lesefassung

Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2017

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
vertreten durch die 1. Vorsitzende
Frau Dr. med. Annette Rommel
(im Folgenden „KVT Thüringen“ genannt“)

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

- AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand hier vertreten durch ~~den~~
~~Vorsitzenden des Vorstandes~~
Herrn Rainer Striebel/Frau Andrea Spitzer,
- 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
- 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

Lesefassung unter Einarbeitung des

- 1. Nachtrages vom 26.09.2017 = gelb gekennzeichnet sowie
- 2. Nachtrages vom 19.01.2018 = grün gekennzeichnet

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 2017
- Anlage 1a Berechnung des kassenspezifischen Anteils am EGV-Förderfonds je Quartal 2017 (Teile 1 und 2)
- Anlage 1b Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs für Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) einschließlich Anhang (Teile 1 bis 3)
- Anlage 2 Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
- Anlage 2a Zuschläge für EBM-Leistungen aus dem EGV-Förderfonds (Teile 1 und 2)
- Anlage 3 Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen
- Anlagen 3a – f Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen
- Anlage 4 Sachkostenformular
- Anlage 5 Ergänzende Regelungen zum Notdienst sowie zur Transparenz des Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V

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 Vereinbarungspartner (auf der Grundlage des geschlossenen Eckpunktepapiers in der Honorarverhandlung vom 10.01.2017) nachfolgende Vergütungsregelung für die vertragsärztliche Versorgung im Jahr 2017. 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 01.01.2017 in Kraft und endet am 31.12.2017, 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

Festlegungen für die Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung des Jahres 2018

- (1) Die Vereinbarungspartner verständigten sich in der Verhandlung am 10.01.2017 über Eckpunkte zur vertragsärztlichen Vergütung für die Jahre 2017 und 2018. Folgende Eckpunkte wurden dabei für das Jahr 2018 festgelegt:
 1. Der regionale Punktwert in Thüringen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V entspricht dem durch den Beschluss des (E)BA gemäß § 87 Abs. 2e SGB V noch festzulegenden Orientierungswert.
 2. Der bereinigte Behandlungsbedarf (*jeweiliger kassenspezifischer Aufsatzwert*) wird für das Jahr 2018 um die Veränderung der Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V anhand der Wichtung von 50:50 auf Grundlage der vom (E)BA zu beschließenden Empfehlungen zur Veränderungsrate auf Grundlage der vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen und Veränderungsrate auf der Grundlage demografischer Kriterien weiterentwickelt.

3. Die förderungswürdigen Leistungen innerhalb der MGV nach Teil 3, § 2a werden fortgeführt.
 4. Der EGV-Förderfonds nach Teil 3, § 2b Abs. 1 in Höhe von 2.953.674 Euro wird für 2018 in gleicher Höhe zur Verfügung gestellt. Die aus dem EGV-Förderfonds geförderten Leistungen sowie die Ermittlung der Punktwertzuschläge werden unverändert fortgeführt.
 5. Der EGV-Förderfonds für förderungswürdige Leistungen nach Teil 3, § 2b Abs. 2 wird auf 3 Mio. Euro erhöht. Die Verwendung kann unterjährig verändert werden, falls dies den Vertragspartnern erforderlich erscheint.
 6. Gesetzliche Änderungen sowie Beschlüsse und Empfehlungen des (E)BA werden gemäß der entsprechenden Gesetzes- bzw. Beschlusslage umgesetzt.
 7. Die gemeinsamen Pilotprojekte zu Fusionen von Bereitschaftsdienstpraxen und Notfallambulanzen an Krankenhausstandorten (Triage-System) sowie zur Optimierung bestehender Notdienst-Strukturen in Thüringen werden in 2018 fortgeführt und deren Finanzierung gesondert vereinbart.
- (2) Soweit die gesetzlichen Grundlagen sowie die Beschlüsse/Empfehlungen des (E)BA für das Jahr 2018 vorliegen, verständigen sich die Partner der Vereinbarung über die Umsetzung für das Jahr 2018.

§ 4 **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 BA in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2017 festgelegten Orientierungswertes vereinbart.
- (2) Der regionale Punktwert beträgt demnach 10,5300 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 Euro-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 KVT 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. Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes nach § 264 Abs. 1 SGB V sind von dieser Vereinbarung nicht erfasst.

§ 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 **KVT**. 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 **KVT** und den Krankenkassenverbänden abgestimmt. Das Ergebnis der Abstimmung wird von der **KVT** für die Kassenart und kassenartenübergreifend zusammengefasst und den Krankenkassenverbänden mitgeteilt.

Darüber hinaus sind gemäß Beschluss des BA in seiner 383. Sitzung (Pkt. 2.2.1.1) für die Vorjahresquartale des Jahres 2017 noch die für das Jahr 2016 ermittelten Ausdeckungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie (gemäß Beschluss des EBA in seiner 43. Sitzung, geändert durch den Beschluss des BA in seiner 380. Sitzung) unter Berücksichtigung der Anpassungen der MGV vom Jahr 2015 zu 2016 in Höhe von 1,8332 Prozent fortzuentwickeln und zu addieren.

- b) Der Behandlungsbedarf nach Buchstabe a) wird bereinigt

neu mit Wirkung zum 01.07.2017

- um die gemäß Beschluss des BA in seiner 407. Sitzung ermittelten Beträge für die Bereinigung der Leistungen für die psychotherapeutischen Gespräche GOP 22220 und 23220 (ab dem 3. Quartal 2017)

neu mit Wirkung zum 01.10.2017

- um die gemäß Beschluss des BA in seiner 408. Sitzung ermittelten Beträge für die Bereinigung der Leistungen für die palliativmedizinische Versorgung der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 des EBM (ab dem 4. Quartal 2017)
- 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 1b),

- um aller der für das jeweilige Vorjahresquartal aufgrund der Möglichkeit des Bereinigungsverzichts gemäß den jeweils geltenden Beschlüssen des BA für den Bezirk der KVT ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumen,
 - 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 (für das 1. Quartal 2017).
- c) *Dies ergibt den angepassten Behandlungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals über alle Krankenkassen.*
- d) Der jeweilige kassenspezifische prozentuale 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).
- Für das 1. bis 3. Quartal 2017 erfolgt zusätzlich eine basiswirksame Anhebung um den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 34291 EBM (Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie) gemäß dem Beschluss des BA in seiner 378. Sitzung. Der Erhöhungsbetrag ergibt sich aus der Bewertungserhöhung der GOP 34291 EBM um 92 Punkte und der Multiplikation der Anzahl der kassenspezifisch abgerechneten GOP 34291 EBM im Vorjahresquartal.
- Zudem erfolgt bei der jeweiligen Krankenkasse die Hinzusetzung des für das Vorjahresquartal ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens aufgrund der Möglichkeit des Bereinigungsverzichts gemäß Beschluss des BA in seiner 372. Sitzung.
- f) Dieser kassenspezifische Aufsatzwert wird korrigiert:
- um die Veränderung der kassenspezifischen Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal gegenüber dem Vorjahresquartal,
 - um die gemäß Beschluss des BA in seiner 383. Sitzung (Pkt. 2.2.3) für das Jahr 2016 ermittelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie (gemäß Beschluss des EBA in seiner 43. Sitzung, geändert durch den Beschluss des BA in seiner 380. Sitzung), welche unter Berücksichtigung der Anpassungen der MGV vom Jahr 2015 zu 2016 in Höhe von 1,8332 Prozent sowie um die Veränderung der jeweils verwendeten Versichertenzahl zwischen dem entsprechenden Quartal des Jahres 2016 und dem jeweiligen Abrechnungsquartal fortzuentwickeln sind,

- um den basiswirksamen Anteil der Krankenkasse gemäß Beschluss des BA in seiner 372. Sitzung zur Änderung der Vergütungen humangenetischer Leistungen im EBM (für das 1. und 2. Quartal 2017),

Hierfür wird der quartalsbezogene Betrag für den Bezirk der KVT in Höhe von 357.009 Euro mit dem regionalen Punktwert (10,5300 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.

Dieser Anstrich wird mit Wirkung zum 01.07.2017 aufgehoben.

- um die gemäß Beschluss des EBA in seiner 50. Sitzung ermittelten Beträge für die Bereinigung der Leistungen für die psychotherapeutischen Gespräche (ab dem 2. Quartal 2017).

Dieser Anstrich wird mit Wirkung zum 01.10.2017 aufgehoben.

- um die gemäß Beschluss des BA in seiner 398. Sitzung ermittelten Beträge für die Bereinigung der Leistungen für die palliativmedizinische Versorgung der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 des EBM (ab dem 4. Quartal 2017)

g) *Hieraus ergibt sich der kassenspezifische Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs.*

h) Der kassenspezifische Aufsatzwert *des bereinigten Behandlungsbedarfs* je Abrechnungsquartal wird um die Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V in Höhe von 1,2122 v. H. weiterentwickelt.

Die Steigerung wird zu dem kassenspezifischen Aufsatzwert *des bereinigten Behandlungsbedarfs* nach g) addiert.

i) Zu dem kassenspezifischen Aufsatzwert *des bereinigten Behandlungsbedarfs* nach h) sind die für das aktuelle Abrechnungsquartal aktualisierten vertragsübergreifenden Gesamtbereinigungsmengen bei Selektivverträgen je Versicherten der Krankenkasse, multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenanzahl der Krankenkasse im Vorjahresquartal, zu addieren.

j) Auf den kassenspezifischen Aufsatzwert *des bereinigten Behandlungsbedarfs* nach h) erfolgt für Neueinschreiber in und Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen sowie für Bestandsteilnehmer im Falle einer Änderung des Versorgungsumfangs des Selektivvertrages anschließend eine basiswirksame Differenzbereinigung im Abrechnungsquartal.

k) *Daraus ergibt sich der weiterentwickelte kassenspezifische Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs für das jeweilige Abrechnungsquartal.*

(3) Die kassenspezifische MGV je Quartal ergibt sich aus der Multiplikation des weiterentwickelten kassenspezifischen Aufsatzwertes des bereinigten Behandlungsbedarfs je Abrechnungsquartal mit dem regionalen Punktwert in Höhe von 10,5300 Cent.

(4) Bei Fusionen von Krankenkassen mit Versicherten in Thüringen wird für die neue (fusionierte) Krankenkasse ein neuer nach Versichertenzahlen gewichteter kassenspezifischer Aufsatzwert 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 2016 kein Leistungsbedarf und keine Versicherten zur Berechnung der MGV für das Jahr 2017 vorliegen und für die im Jahr 2017 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 Abstaffelungsquote vergütet.

§ 2a **Förderungswürdige Leistungen innerhalb der MGV**

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

Hierunter zählen folgende Leistungen:

- Anästhesiologie (GOP 05220),
- Augenheilkunde (GOP 06220),
- Chirurgie (GOP 07220),
- Gynäkologie (GOP 08220),
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie (GOP 09220, 20220),
- Dermatologie (GOP 10220),
- Innere Medizin ohne Schwerpunkt (GOP 13220),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Angiologie (GOP 13294),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Endokrinologie (GOP 13344),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie (GOP 13394),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie (GOP 13494),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Kardiologie (GOP 13543),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Nephrologie (GOP 13594),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Pneumologie (GOP 13644),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Rheumatologie (GOP 13694),
- Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie -psychotherapie (GOP 14214),
- Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie (GOP 16215, 21225, 21218),
- Orthopädie (GOP 18220),
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (GOP 22216),
- Psychotherapie (ärztliche und psychologische) sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (GOP 23216),
- Urologie (GOP 26220),
- Physikalische und Rehabilitative Medizin (GOP 27220).

Der Punktwertzuschlag ergibt sich quartalsweise aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen dividiert durch die Punktmengen aus den Leistungsanforderungen der

Pauschalen fachärztliche Grundversorgung. Die jeweiligen Zuschläge sind mit dem Großbuchstaben „T“ zu kennzeichnen.

- (4) Neben dem Ausweis des Gesamtförderungsbetrages im Formblatt 3 im Vorgang 970 übermittelt die KVT 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 KVT 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 Förderungsbeträge und die Honorare der vertragsärztlichen Tätigkeit darzustellen.

§ 2b

Förderungswürdige Leistungen außerhalb der MGV (EGV-Förderfonds)

- (1) Für das Jahr 2017 stellen die Krankenkassen einen EGV-Förderfonds in Höhe von insgesamt 2.953.674 Euro zur Verfügung. Der Betrag gemäß Satz 1 wird gleichmäßig auf die vier Quartale des Jahres 2017 aufgeteilt.

Die jeweiligen Quartalsbeträge werden bei der arztseitigen Abrechnung für die Zahlung von Punktwertzuschlägen für folgende Leistungen verwendet:

- zusätzliche Stützung bereits geförderter Gesprächsleistungen (GOP 14220, 16220 und 21220) unter Berücksichtigung der Förderung gemäß Teil 3 § 2a Abs. 1,
- Stützung weiterer Gesprächsleistungen:
 - Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson(en) (GOP 14222),
 - Psychosomatisches Gespräch (GOP 22221),
 - Psychotherapeutische Gespräche (GOP 22220 und 23220 bis 31.03.2017),
- Allergie-Diagnostik (GOP 30110, 30111, 30120, 30121 und 30123),
- Chronische Wunde (GOP 02311, 02312, 10330 und 10340),
- Chirurgie nach Hautkrebsscreening (GOP 10341, 10342, 10343 und 10344),
- Steuerung der weiterführenden Diagnostik/Therapie, insbesondere bei Hauttumoren (GOP 07345, 10345 und 15345),
- Leistungen der Sozialpädiatrie (GOP 04355),
- Osteodensitometrie (GOP 34600 ab 01.04.2017 und vorbehaltlich etwaiger EBM-Änderungen),
- 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).

Aufgrund der vom EBA in seiner 50. Sitzung empfohlenen zeitlich befristeten Vergütung der GOP 22220 sowie 23220 außerhalb der MGV wird die Zahlung von Punktwertzuschlägen für die GOP 22220 und 23220 für den entsprechenden Zeitraum ausgesetzt.

- (2) Ergänzend zum EGV-Förderfonds nach Abs. 1 stellen die Krankenkassen für das Jahr 2017 einen weiteren EGV-Förderfonds in Höhe von insgesamt 1.500.000 Euro zur Verfügung. Der Betrag gemäß Satz 1 wird gleichmäßig auf das dritte und vierte Quartal des Jahres 2017 aufgeteilt.

Die jeweiligen Quartalsbeträge verteilen sich in der arztseitigen Abrechnung wie folgt und werden für folgende Leistungen ab 01.07.2017 verwendet:

1. 250.000 Euro für Punktwertzuschläge für Leistungen

- der Geriatrie (GOP 03362),
 - der Palliativmedizin (GOP 03370 bis 03374 sowie 04370 bis 04374 bis 30.09.2017),
 - der Sozialpädiatrie (GOP 04355)
2. 250.000 Euro für Punktwertzuschläge für Leistungen
- des konventionellen Röntgens (Kapitel 34.2 ohne 34.2.7 und 34.2.9 EBM),
 - der Radiosynoviorthese (GOP 17371 und 17373),
 - der orthopädisch-rheumatologischen Versorgung (GOP 18320 und 18700)
3. 250.000 Euro für konservative Augenheilkunde zur Erweiterung der Behandlungskapazitäten (Neupatientenmodell)

(Mit Wirkung ab 01.10.2017.)

Aufgrund der vom BA in seiner 398. Sitzung empfohlenen zeitlich befristeten Vergütung der GOP 03370 bis 03374 und 04370 bis 04374 außerhalb der MGV wird die Zahlung von Punktwertzuschlägen für die GOP 03370 bis 03374 und 04370 bis 04374 für den entsprechenden Zeitraum ausgesetzt.

- (3) Die Förderung der konservativen Augenheilkunde nach Abs. 2 Nr. 3 wird wie folgt umgesetzt:
- a) Je konservativ behandelten Patienten erfolgt eine behandlungsfallbezogene Förderung in Höhe von 30,00 Euro (GOP 06225F Leistungslegende gemäß Anlage 2a, Teil 2) im Zusammenhang mit der Abrechnung der augenärztlichen Strukturpauschale GOP 06225, sofern dieser Patient in den letzten acht Quartalen in derselben Praxis nicht konservativ betreut wurde und folglich in diesem Zeitraum keine Abrechnung der augenärztlichen Strukturpauschale GOP 06225 durch die Praxis erfolgte.
 - b) Die Förderung nach a) erfolgt nur unter der Voraussetzung, dass die Praxis bereits seit acht Quartalen vertragsärztlich tätig ist sowie eine Steigerung der Zahl der konservativen Behandlungsfälle gegenüber dem Vorjahresquartal aufweist. Eine Auszahlung erfolgt maximal bis zur Fallzahlsteigerung gegenüber dem Vorjahresquartal.
 - c) Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen nach Abs. 2 Nr. 3 unterschritten wird, kann durch die KVT entweder die Höhe der Pauschale angepasst oder die Differenz für einen zusätzlichen Punktwertzuschlag für die augenärztliche Strukturpauschale GOP 06225 (GOP 06225P) verwendet werden.
- Bei Überschreitungen des Vergütungsvolumens nach Abs. 2 Nr. 3 wird durch die KVT nach Vorlage der Abrechnungsergebnisse des 3. und 4. Quartals 2017 die Höhe der Pauschale überprüft und ggf. angepasst.
- (4) Die Gebührenordnungspositionen gemäß Abs. 1 und 2 erhalten einen Punktwertzuschlag auf den regionalen Punktwert gemäß Teil 2, § 1 dieser Vereinbarung. Die jeweiligen Zuschläge aus Abs. 1 sind mit dem Großbuchstaben „E“ und die Zuschläge aus Abs. 2 und Abs. 3 mit dem Großbuchstaben „F“ zu kennzeichnen.
- (5) Die kassenspezifischen Anteile je Quartal ergeben 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. Die Anteile berechnen sich für den EGV-Förderfonds nach Abs. 1 gemäß Anlage 1a, Teil 1 sowie für den EGV-Förderfonds nach Abs. 2 gemäß Anlage 1a, Teil 2.
- (6) Die durch die jeweiligen Krankenkassen zu zahlenden Beträge für die Anteile an den EGV-Förderfonds ergeben sich aus Abs. 5 in Verbindung mit den Anlagen 1a, Teile 1 und 2.

Sofern für die jeweilige Krankenkasse Abrechnungen für bereichseigene Ärzte für geförderte GOPs aus dem EGV-Förderfonds vorliegen, erfolgt der Ausweis auf GOP-Ebene im Formblatt 3 unter der Rubrik "außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung".

Sofern bei der jeweiligen Krankenkasse für bereichseigene Ärzte keine über den EGV-Förderfonds geförderten GOP abgerechnet wurden, erfolgt der Ausweis im Formblatt 3 gemäß den KBV-Vorgaben für

- die Leistungen gemäß Abs. 1 im Vorgang 67,
- die Leistungen gemäß Abs. 2 Nr. 1 im Vorgang 68,
- die Leistungen gemäß Abs. 2 Nr. 2 im Vorgang 77 und
- die Förderung der konservativen Augenheilkunde gemäß Abs. 2 Nr. 3 im Vorgang 78.

Des Weiteren wird der jeweilige Gesamtförderbetrag im Formblatt 3 gemäß den KBV-Vorgaben im Vorgang 970 als statistischer Wert dargestellt.

Zur Nachvollziehbarkeit werden jeder Krankenkasse auf dem jeweiligen SFTP-Server im Rahmen der Quartalsabrechnung detaillierte Nachweise zu den verauslagten Mitteln je EGV-Förderfonds bereitgestellt.

§ 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 2017 erfolgt gemäß Beschluss des BA in seiner 382. Sitzung am 31. August 2016.
- (2) Gemäß Beschluss des BA in seiner 382. Sitzung am 31. August 2016 ist festzustellen, dass sich für das Jahr 2014 kein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für die KVT 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 KVT und der jeweiligen Krankenkasse.

§ 6

Abschlagszahlungen

- (1) Vorbehaltlich der endgültigen Abrechnung leisten die Krankenkassen nach Anforderung durch die KVT 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 2,1122 v. H. unter Berücksichtigung der aktuell vorliegenden Versichertenzahlen je Krankenkasse.

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

§ 7 Quartalsbezogene Endabrechnung

- (1) Durch die **KVT** 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.
- (5) Für den Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V werden mit der quartalsbezogenen Endabrechnung 0,1 Prozent der zum Zeitpunkt der quartalsbezogenen Endabrechnung vorliegenden MGV über den Vorgang 59 abgefordert. Für das 1. Quartal 2017 erfolgt im Rechnungsbrief eine Verrechnung der im Rahmen der Abschlagszahlungen bereits gezahlten 90 Prozent auf die 0,1 Prozent der zum damaligen Zeitpunkt verwendeten MGV.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 19.05.2017

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

AOK PLUS

BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

IKK classic

Sozialversicherung
für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt/Main

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 KVT 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 KVT. 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 2017

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

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

Berechnung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs (BB) im Vorjahresquartal

[1]	basiswirksam vereinbarter und um die Selektivverträge bereinigter BB		
[2]	weiterentwickelter Betrag aus der Höherbewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie		
[3]	Bereinigung der Leistungen für die psychotherapeutischen Gespräche gem. BA-Beschluss in seiner 407. Sitzung		ab 3/17
[4]	Bereinigung der Leistungen für die palliativmedizinische Versorgung gem. BA-Beschluss in seiner 408. Sitzung		ab 4/17
[5]	Differenzbereinigungsmenge ASV		
[6]	Bereinigungsvolumen aufgrund Bereinungsverzicht		
[7]	Bereinigung der Leistungen Soziotherapie		nur 1/17
[8]	angepasster BB	$[8] = [1] + [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7]$	

Berechnung des kassenspezifischen Anteils am vereinbarten, bereinigten BB im Vorjahresquartal

[9]	abgerechneter LB in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals (incl. Korrekturen, aber ohne Berücksichtigung geschlossener KK)		
[10]	kassenspezifischer prozentualer Anteil	$[10] = [9] / \text{GKV}[9]$	

Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes des bereinigten BB im Abrechnungsquartal

[11]	aufgeteilter BB	$[11] = \text{GKV}[8] * [10]$	
[12]	Anhebung des Aufsatzwertes aufgrund Höherbewertung GOP 34291 (XXX – Anzahl der GOP)		bis 3/17
[13]	ermitteltes und vorliegendes vorauss. Bereinigungsvolumen aufgrund des Bereinungsverzichts		
[14]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal		
[15]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal		
[15a]	davon entfallene Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal je fusionierende Krankenkasse		
[16]	weiterentwickelter Betrag aus der Höherbewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie		
[17]	Bereinigungswert für die humangenetischen Anteile gem. BA-Beschluss in seiner 372. Sitzung		bis 2/17
[18]	kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	$[18] = ([11] + [12] + [13]) / ([14] * [15] - [15a] - [16] - [17])$	

Verwendung des kassenspezifischen Aufsatzwertes des bereinigten BB im Abrechnungsquartal

[19]	kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	$[19] = [18]$	
[20]	zuzügl. Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 SGB V (1,2122 %)	$[20] = [19] * 0,012122$	
[21]	aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmenge multipliziert mit der Differenz der Versichertenzahl vom Abrechnungs- zum Vorjahresquartal		
[22]	Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge		
[23]	weiterentwickelter kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	$[23] = [19] + [20] + [21] - [22]$	

[24]	kassenspezifische MGV berechnet mit PW 10,5300 Cent	$[24] = [23] * 0,105300$	
------	--	--------------------------	--

Lesefassung (inkl. 1. und 2. Nachtrag) zur Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2017

Legende:

[1]	basiswirksam vereinbarter und um die Selektivverträge bereinigter BB	BB_von KV (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM“); bei Verwendung von Korrekturwerten erfolgt im Vorfeld Abstimmung mit LV der KK
[2]	weiterentwickelter Betrag aus der Höherbewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[3]	Bereinigung der Leistungen für die psychotherapeutischen Gespräche gem. BA-Beschluss in seiner 407. Sitzung	LB_von KV (Summierung der GOP 22220 und 23220 aus Satzart „ARZTRG87aKA_IK“)
[4]	Bereinigung der Leistungen für die palliativmedizinische Versorgung gem. BA-Beschluss in seiner 408. Sitzung	LB_von KV (Summierung der GOP der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM aus Satzart „ARZTRG87aKA_IK“)
[5]	Differenzbereinigungsmenge ASV	siehe Anlage 1b
[6]	Bereinigungsvolumen aufgrund Bereinigungsverzicht	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[7]	Bereinigung der Leistungen Soziotherapie	LB_von KV (Summierung der GOP 30800, 30810 und 30811 aus Satzart „ARZTRG87aKA_IK“)
[9]	abgerechneter LB in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals (incl. Korrekturen, aber ohne Berücksichtigung geschlossener KK)	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[12]	Anhebung des Aufsatzwertes aufgrund Höherbewertung GOP 34291 (XXX – Anzahl der GOP)	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen; Häufigkeit der GOP 34291 aus Satzart „ARZTRG87aKA_IK“ multipliziert mit 92,0 Pkt.)
[13]	ermitteltes und vorliegendes voraus. Bereinigungsvolumen aufgrund des Bereinigungsverzichts	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[14]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal	Vers_von KV (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_IK“); bei Verwendung von Korrekturwerten erfolgt im Vorfeld Abstimmung mit LV der KK
[15]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal	Versicherte, Wohnausländer und Betreute aus Satzart „ANZVER87a“
[15a]	davon entfallene Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal 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
[16]	weiterentwickelter Betrag aus der Höherbewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[17]	Bereinigungswert für die humangenetischen Anteile gem. BA-Beschluss in seiner 372. Sitzung	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[21]	aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmenge multipliziert mit der Differenz der Versichertenzahl vom Abrechnungs- zum Vorjahresquartal	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[22]	Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[24]	kassenspezifische MGV berechnet mit PW 10,5300 Cent	Hinweis: Wenn eine Fusion nicht voll umfänglich vollzogen wurde, dann bei der Berechnung der kassenspezifischen MGV den aufgeteilten BB (ist identisch für alle Fusionskassen) teilen durch die Summe der Versicherten aller Fusionskassen des entsprechenden Abrechnungsquartals und multiplizieren mit den Versicherten der jeweiligen Fusionskasse des entsprechenden Abrechnungsquartals unter Berücksichtigung weiterer Sachverhalte gem. den gültigen Beschlüssen. Anschließend sind die weiteren Berechnungsschritte analog der Vorgabe durchzuführen.

- 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, Teil 1 Berechnung des kassenspezifischen Anteils am EGV-Förderfonds je Quartal 2017

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

		Summe GKV	Summe VKNR
[1]	Förderbetrag je Quartal GKV	738.418,50 €	
[2]	kassenspezifischer prozentualer Anteil (Verwendung aus der MGV-Berechnung)	100,00000%	
[3]	Förderbetrag nach kassenspezifischen prozentualen Anteil	[3] = GKV[1]*[2]	738.418,50 €
[4]	Berücksichtigung der Entwicklung der Versichertenzahlen:		
[5]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal		
[6]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal		
[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 1a, Teil 2 Berechnung des kassenspezifischen Anteils am EGV-Förderfonds je Quartal 2017

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

		Summe GKV	Summe VKNR
[1]	Förderbetrag je Quartal GKV	750.000,00 €	
[2]	kassenspezifischer prozentualer Anteil (Verwendung aus der MGV-Berechnung)	100,00000%	
[3]	Förderbetrag nach kassenspezifischen prozentualen Anteil	$[3] = [3a] + [3b] + [3c]$ 750.000,00 €	
[3a]	Geriatric, Palliativmedizin (nur 3/17) und Sozialpädiatrie	$GKV[3a] = GKV[1] * 1/3$ $VKNR[3a] = GKV[3a] * [2]$ 250.000,00 €	
[3b]	konventionelles Röntgen, Radiosynoviorthese, orthopäd.-rheumatolog. Versorgung	$GKV[3b] = GKV[1] * 1/3$ $VKNR[3b] = GKV[3b] * [2]$ 250.000,00 €	
[3c]	konservative Augenheilkunde	$GKV[3c] = GKV[1] * 1/3$ $VKNR[3c] = GKV[3c] * [2]$ 250.000,00 €	
[4]	Berücksichtigung der Entwicklung der Versichertenzahlen:		
[5]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal		
[6]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal		
[7]	Anwendung der Versichertenentwicklung auf Aufteilung	$[7] = [7a] + [7b] + [7c]$	
[7a]	Geriatric, Palliativmedizin (nur 3/17) und Sozialpädiatrie	$GKV[7a] = \text{fester Wert je Quartal}$ $VKNR[7a] = [3a] / [5] * [6]$	
[7b]	konventionelles Röntgen, Radiosynoviorthese, orthopäd.-rheumatolog. Versorgung	$GKV[7b] = \text{fester Wert je Quartal}$ $VKNR[7b] = [3b] / [5] * [6]$	
[7c]	konservative Augenheilkunde	$GKV[7c] = \text{fester Wert je Quartal}$ $VKNR[7c] = [3c] / [5] * [6]$	
[8]	prozentualer Anteil an der Versichertenentwicklung (neu)	$VKNR[8] = [7] / GKV[7]$ 100,00000%	
[9]	Anteil am festen Förderbetrag	$[9] = [9a] + [9b] + [9c]$ 750.000,00 €	
[9a]	Geriatric, Palliativmedizin (nur 3/17) und Sozialpädiatrie	$GKV[9a] = GKV[3a]$ $VKNR[9a] = [8] * GKV[9a]$ 250.000,00 €	
[9b]	konventionelles Röntgen, Radiosynoviorthese, orthopäd.-rheumatolog. Versorgung	$GKV[9b] = GKV[3b]$ $VKNR[9b] = [8] * GKV[9b]$ 250.000,00 €	
[9c]	konservative Augenheilkunde	$GKV[9c] = GKV[3c]$ $VKNR[9c] = [8] * GKV[9c]$ 250.000,00 €	

Anlage 1b, Teil 1 Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs für Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) je Quartal 2017

ASV-Indikation	Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel	Inkrafttreten der Indikation	Quartale 1-12 nach Inkrafttreten	ab dem 13. Quartal nach Inkrafttreten	Bereinigungsbeitrag je ASV-Patient gemäß BA-Beschluss
Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	2A0100	24.04.2014	3/2014 – 2/2017	3/2017	93,00 €
Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	1A0100	26.07.2014	4/2014 – 3/2017	4/2017	281,30 € (bis 2/2016) 208,00 € (ab 3/2016)
Marfan-Syndrom	2K0100	30.06.2015	3/2015 – 2/2018	3/2018	165,26 € (bis 4/2016) 117,00 € (ab 1/2017)
Pulmonale Hypertonie	2L0100	01.06.2016	3/2016 – 2/2019	3/2019	76,00 €
Gynäkologische Tumoren	1A0200	10.08.2016	4/2016 – 3/2019	4/2019	138,00 €
Mukoviszidose	2B0100	18.03.2017	2/2017 – 1/2020	2/2020	97,60 €

Anlage 1b, Teil 2 Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs für Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) für die Quartale 1 bis 12 nach Inkrafttreten einer ASV-Indikation je Quartal 2017

		Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	Marfan-Syndrom	Pulmonale Hypertonie	Gynäkologische Tumoren	Mukoviszidose
[1]	Höchstwert der ASV-Indikation (Patientenzahl im Vorjahresquartal (VJQ)) § 5 Abs. 1 und 2 Anhang zu Anlage 1b						
[2]	ASV-Patientenzahl in ausschließlich vertragsärztlichen Teams (ANZASV116b_SUM Feld 05 = 1)						
[3]	ASV-Patientenzahl in gemischten Teams und ausschließlich Krankenhaus-Teams (ANZASV116b_SUM Feld 05 = 2 und 3)						
[4]	ASV-Patienten §116b (alt) gem. Satzart ANZ116bALT_SUM (im VJQ zum entsprechenden Bereinigungsquartal im ersten Bereinigungs-jahr)						
[5]	Umrechnungsfaktor ASV-Patienten alt zu neu der jeweiligen ASV-Indikation gemäß Vorgaben des BA	1	0,93	1	1	0,93	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	[7] = ((0,5*[3])+max(0; [6]))					
[8]	Summe bereinigungsrelevanter ASV-Patienten	[8] = [2]+[7]					
[9]	Anzahl bereinigter ASV-Patienten im VJQ						
[10]	Differenz Anzahl bereinigungsrelevanter ASV-Patienten zu bereits bereinigten ASV-Patienten im VJQ	[10] = [8]-[9]					
[11]	Anzahl bereinigungsrelevanter ASV-Patienten unter Berücksichtigung des Höchstwertes	[11] = mind.([1]; [10])					
[12]	Bereinigungsbetrag je ASV-Patient	93,00 €	208,00 €	165,26 € (bis 4/2016) 117,00 € (ab 1/2017)	76,00 €	138,00 €	97,60 € (ab 2/2017)
[13]	Bereinigungsbetrag	[13] = [11]*[12]					
[14]	Veränderungsraten nach § 6 Abs. 1b Anhang zu Anlage 1b						
[14a]	2013	1,0603568	1,0000000	1,0000000	1,0000000	1,0000000	1,0000000
[14b]	2014	1,0271200	1,0000000	1,0000000	1,0000000	1,0000000	1,0000000
[14c]	2015	1,0107240	1,0107240	1,0107240	1,0107240	1,0107240	1,0107240
[14d]	2016	1,0183320	1,0183320	1,0183320	1,0183320	1,0183320	1,0183320
[15]	vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf GKV des VJQ in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals						
[16]	festgestellte Leistungsmenge nach Euro-GO GKV des VJQ in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals						
[17]	Differenzbereinigungsmenge	[17] = [13]*[14a]*[14b]*[14c]*[14d]*[15]/[16]					

Anlage 1b, Teil 3 Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs für Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ab dem Quartal 13 nach Inkrafttreten einer ASV-Indikation je Quartal 2017

		Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	Marfan-Syndrom	Pulmonale Hypertonie	Gynäkologische Tumoren	Mukoviszidose
[1]	Höchstwert der ASV-Indikation (Patientenzahl im Vorjahresquartal (VJQ)) § 5 Abs. 1 und 2 Anhang zu Anlage 1b						
[2]	ASV-Patientenzahl in ausschließlich vertragsärztlichen Teams (ANZASV116b_SUM Feld 05 = 1)						
[3]	ASV-Patientenzahl in gemischten Teams und ausschließlich Krankenhaus-Teams (ANZASV116b_SUM Feld 05 = 2 und 3)						
[4]	ASV-Patienten §116b (alt) gem. Satzart ANZ116bALT_SUM (im VJQ zum entsprechenden Bereinigungsquartal im ersten Bereinigungsjahr)						
[5]	Umrechnungsfaktor ASV-Patienten alt zu neu der jeweiligen ASV-Indikation gemäß Vorgaben des BA	1	0,93	1	1	0,93	1
[6]	Zwischenschritt Anrechnung 116b-Patienten(alt)	[6] = [3]-([4]*[5])					
[7]	Anzahl bereinigungsrelevanter ASV-Patientenzahl in gemischten und ausschließlich Krankenhaus-Teams	[7] = max(0; [6])					
[8]	Summe bereinigungsrelevanter ASV-Patienten	[8] = [2]+[7]					
[9]	Anzahl bereinigter ASV-Patienten im VJQ						
[10]	Differenz Anzahl bereinigungsrelevanter ASV-Patienten zu bereits bereinigten ASV-Patienten im VJQ	[10] = [8]-[9]					
[11]	Anzahl bereinigungsrelevanter ASV-Patienten unter Berücksichtigung des Höchstwertes	[11] = mind.([1]; [10])					
[12]	Bereinigungsbeitrag je ASV-Patient	93,00 €	208,00 €	165,26 € (bis 4/2016) 117,00 € (ab 1/2017)	76,00 €	138,00 €	97,60 € (ab 2/2017)
[13]	Bereinigungsbeitrag	[13] = [11]*[12]					
[14]	Veränderungsraten nach § 6 Abs. 1b Anhang zu Anlage 1b						
[14a]	2013	1,0603568	1,0000000	1,0000000	1,0000000	1,0000000	1,0000000
[14b]	2014	1,0271200	1,0000000	1,0000000	1,0000000	1,0000000	1,0000000
[14c]	2015	1,0107240	1,0107240	1,0107240	1,0107240	1,0107240	1,0107240
[14d]	2016	1,0183320	1,0183320	1,0183320	1,0183320	1,0183320	1,0183320
[15]	vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf GKV des VJQ in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals						
[16]	festgestellte Leistungsmenge nach Euro-GO GKV des VJQ in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals						
[17]	Differenzbereinigungsmenge	[17] = [13]*[14a]*[14b]*[14c]*[14d]*[15]/[16]					

Anhang zu Anlage 1b

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

Präambel

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

§ 1

Begriffsdefinitionen

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

§ 2

Grundsätze

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

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

§ 3

Beginn und Ende der ASV-Bereinigung

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

§ 4

Ermittlung des Bereinigungsvermögens je ASV-Patient

Vom BA 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 BA 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 1b).

§ 5

Ermittlung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahl

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

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

- (2) Die Mitteilung erfolgt mittels der Satzart ANZASV116b_HOECHSTWERT.
- (3) Nach Lieferung der Höchstwerte haben die Krankenkassen die Gelegenheit, die Daten bis zum 15. des vierten Monats nach dem Bereinigungsquartal zu prüfen und mit der **KVT** abzustimmen. Festgestellte Implausibilitäten werden der **KVT** schriftlich mitgeteilt.

- (4) Je Bereinigungsquartal wird bis zum 15. des vierten Monats nach dem jeweiligen Quartal indikationsspezifisch die tatsächlich zu bereinigende Zahl der ASV-Patienten mit Wohnort in Thüringen auf Basis der bereitgestellten Daten (ANZASV116b_SUM) wie folgt ermittelt:
- a) Ermittlung bei ASV-Team-Kennzeichen „ausschließlich Krankenhausärzte (2)“ und „gemischtes Team (3)“
- In den ersten zwölf Quartalen nach Inkrafttreten einer ASV-Indikation wird die Berechnung gemäß Beschluss des BA in seiner 383. Sitzung Punkt 2 Nr. 10 erster Spiegelstrich durchgeführt (siehe Anlage 1b, Teil 2).
- In den Quartalen 13 ff. nach Inkrafttreten einer ASV-Indikation wird die Berechnung gemäß Beschluss des BA in seiner 383. Sitzung Punkt 2 Nr. 10 zweiter Spiegelstrich durchgeführt (siehe Anlage 1b, Teil 3).
- b) Ermittlung bei ASV-Team-Kennzeichen „ausschließlich Vertragsärzte (1)“
- Die Zahl der ASV-Patienten mit ASV-Team-Kennzeichen „1“ geht ohne diese Kürzung in die Patientenzahl ein.
- c) Die Anzahl der bereinigten ASV-Patienten des Vorjahresquartals wird von der Summe der nach a) und b) ermittelten Patientenzahl abgezogen und durch die Gesamtvertragspartner auf den gemeinsam und einheitlich ermittelten Höchstwert gemäß Abs. 2 begrenzt. Dies ergibt die zu bereinigende Anzahl an ASV-Patienten des jeweiligen Quartals.

§ 6

Ermittlung der Differenzbereinigungsmenge

- (1) Die indikationsspezifische und quartalsweise Differenzbereinigungsmenge wird wie folgt ermittelt:
- a) Der Wert nach § 4 in Euro wird mit dem Wert nach § 5 c) multipliziert.
- b) Das ungerundete Ergebnis nach a) wird um die jeweiligen Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V sowie die basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des BA, jeweils bezogen auf den Zeitraum zwischen dem vom Institut des BA 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 KVT im Vorjahresquartal insgesamt vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf zur für das Vorjahresquartal insgesamt festgestellten Leistungsmenge nach Euro-Gebührenordnung 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 KVT.

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

ASV-Bereinigung: Höchstwert-Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen

1. Lieferzyklus

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

Die **KVT** teilt diese Anzahlen den regionalen Verbänden 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 8859-15 verwendet. Jeder Datensatz steht in einer eigenen Zeile, die durch die Zeichenfolge CarriageReturn/LineFeed (Hexadezimalcode 0x0D 0x0A) abgeschlossen wird. Als Ganzzahltrennzeichen im Dezimalformat ist das Komma zu verwenden. Die Darstellung von numerischen und Dezimal-Daten erfolgt ohne Tausender-Punkt. Zeichenketten werden nicht durch Textbegrenzungszeichen eingeschlossen. Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Es sind keine Spaltenüberschriften zu liefern.

Für die Satzart ist folgende Dateinamenskonvention vorgesehen:

ANZASV116b_HOECHSTWERT_Bereinigungsquartal_Vorjahresquartal_gesamtvertragszuständige KV_Empfängerarten_Version.Endung

Format:

ANZASV116b_HOECHSTWERT_JJJJQ_JJJJQ_CC_CC_CCC.Endung

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

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

Dateiumfang:
Abgrenzung: Die Zahl der vertragsärztlichen ASV-Patienten ist gegliedert nach gesamtvertragszuständiger KV (WOP-KV), Bereinigungsquartal, Leistungsquartal, ASV-Indikation, Abrechnungs-IK und 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.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 05 eindeutig identifiziert.

Feld Nr.	Feld	Feld art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	22	alphanum.	konstant "ANZASV116b_HOECHSTWERT"
01	Gesamtvertrags-zuständige KV	M	2	alphanum.	Nummer der im jeweiligen Abrech-nungsquartal für den Gesamtvertrag zuständigen Kassenärztlichen Ver-einigung (WOP-KV), in welcher die Bereinigung vorgenommen wird, gemäß Schlüsselverzeichnis 2
02	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, in dem die MGV für ASV-Leistungen bereinigt wird, im Format JJJJQ
03	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Vorjahr, in dem ASV-Leistungen (noch) vertragsärztlich erbracht wurden, im Format JJJJQ
04	ASV-Indikation	M	6	alphanum.	Kennzeichnung aus Anlage 4 „Erkrankungs- und Leistungsbereichs-schlüssel“ zur Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungs-verfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezial-fachärztliche Versorgung (ASV-AV)
05	Abrechnungs-IK	M	9	alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse im Vorjahres-Leistungsquartal laut Schlüsselverzeichnis 8a gemäß Be-schluss des BA in seiner 350. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)*. Für die Meldung der GKV-weiten Anzahl der im Vorjahres-Leistungsquartal vertragsärztlich behandelten ASV-Patienten wird das fiktive Abrechnungs-IK "999999999" gesetzt. Dieses ist einschließlich der zugehörigen Anzahl vertragsärztlich behandelter ASV-Patienten je Kombination aus gesamt-vertragszuständiger KV (WOP-KV), Bereinigungsquartal, Leistungsquartal, ASV-Indikation und Datenempfänger-Kassenart einmal zu melden (Mehrfachzuordnung des fiktiven Abrechnungs-IKs "999999999" nach Datenempfänger-Kassenart).

Feld Nr.	Feld	Feld art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
06	Datenempfänger-Kassenart	M	2	alphanum.	Kassenart des Kostenträgers im Vorjahres-Leistungsquartal laut Schlüsselverzeichnis 1 gemäß Beschluss des BA in seiner 350. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)*.
07	Anzahl vertragsärztlich behandelter ASV-Patienten	M	≤ 8	numerisch	Anzahl der im Vorjahres-Leistungsquartal vertragsärztlich behandelten ASV-Patienten

* Gemäß Beschluss des BA in seiner 350. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) werden die Schlüsselverzeichnisse vom Institut des BA 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, 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 Die Leistungen der künstlichen Befruchtung werden von der KVT mit „X“ gekennzeichnet. Die mit einem „X“ versehenen Leistungen werden mit dem 50%igen Punktzahlvolumen der GOP des EBM im Formblatt 3 ausgewiesen.
8	Substitutionsbehandlung und Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger	GOP 01950 bis 01952 sowie GOP 01955 und 01956 GOP 01949 und 01960 (gültig ab 01.10.2017)

9	Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V	GOP 01425 und 01426
10	ärztlich angeordnete Hilfeleistungen	GOP 03060 bis 03065
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 und 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 (sowie die Höchstwertregelung nach 30960 und 30961 gemäß Codiertabelle)
18	Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen	Abschnitt 35.2 EBM für alle Arztgruppen sowie GOP 35150 (Zusatz Großbuchstaben „P“, „Q“, „T“ oder „V“) für genannte Arztgruppen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V (gültig ab 01.04.2017) GOP 80502, 80512, 80522, 80532, 80542 und 80552 (Gruppentherapien mit nur 2 TN, die vor Einführung der neuen Psychotherapie-Richtlinie am 1. April 2017 beantragt wurden) (ggf. Buchstabenzusatz gemäß Codiertabelle) (gültig ab 01.07.2017)
19	Schmerztherapeutische Leistungen für ausschließlich schmerztherapeutisch tätige bereichseigene Ärzte	Abschnitt 30.7 EBM GOP 30700 (Zusatz Großbuchstaben „S“, „X“, „Y“ oder „Z“), GOP 30702, 30704, 30706 und 30708 (Zusatz Großbuchstabe „S“)

20	Narkosen bei zahnärztlichen Behandlungen bereichseigener Ärzte	GOP 01320, 05210, 05211, 05212, 05230, 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 (Zusatz Großbuchstaben „Z“, „Y“, „V“, „G“)
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 13594 und 13620 bis 13622 (gültig ab 01.01.2017)
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 und 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 und 13701
29	Osteodensitometrie	GOP 34601
30	Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	GOP 04528, 04529, 13425 und 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 und 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 und 34703 sowie Kostenpauschale GOP 40584
36	Soziotherapie	Abschnitt 30.8 EBM GOP 30800, 30810 und 30811
37	Humangenetik	GOP 11304, 11449 und 11514, 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 19450, 19451, 19452, 19453, 19454 und 19456 (ggf. Buchstabenzusatz sowie die Höchstwertregelung nach 19412, 19422, 19427, 19457, 19458 und 19459 gemäß Codiertabelle) GOP 32865 und 32911
38	Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung gemäß § 118a SGB V	Abschnitt 30.13 EBM GOP 30980, 30981, 30984, 30985, 30986 und 30988 (ggf. Buchstabenzusatz gemäß Codiertabelle) (gültig ab 01.10.2017)
39	Versorgung gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä (kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in stationären Pflegeheimen) und Anlage 30 zum BMV-Ä (besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung)	Kapitel 37 EBM GOP 37100, 37102, 37105, 37113 und 37120 GOP 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318 und 37320 (gültig ab 01.10.2017)
40	Delegationsfähige Leistungen	Kapitel 38 EBM GOP 38200 und 38205 GOP 38202 und 38207 (gültig ab 01.07.2017)
41	Medikationsplan	GOP 01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701
42	Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung	GOP 40306

	entsprechend der GOP 34291	
43	Elektronischer Brief	GOP 86900 und 86901
44	Telekonsile	GOP 34800, 34810, 34820 und 34821 (gültig ab 01.04.2017)
45	Leistungen im Zusammenhang mit der kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM)	GOP 03355, 04590 und 13360 (gültig ab 01.04.2017)
46	Videosprechstunde	GOP 01450 (sowie die Höchstwertregelung nach 01451 gemäß Codiertabelle) (gültig ab 01.04.2017)
47	Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung	GOP 22220 und 23220 (gültig ab 01.04.2017)
48	Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	GOP 35151 und 35152 (ggf. Buchstabenzusatz gemäß Codiertabelle) (gültig ab 01.04.2017)
49	Epilation mittels Laser	GOP 02325 bis 02328 (gültig ab 01.10.2017)
50	Leistungen der palliativmedizinischen Versorgung	Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 (gültig ab 01.10.2017)
51	Verordnung von Cannabis	GOP 01460, 01461 und 01626 (gültig ab 01.10.2017)

- (2) Die KVT 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 KVT quartalsweise den Vertragspartnern mit, welche ausschließlich schmerztherapeutisch tätigen Ärzte eine Genehmigung auf Fallzahlerhöhung (mit Anzahl) erhalten haben.

Anlage 2a, Teil 1 Zuschläge für EBM-Leistungen aus dem EGV-Förderfonds

- Gesprächsleistungen (14220E, 16220E und 21220E)
- Stützung weiterer Gesprächsleistungen
 - Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson(en) (GOP 14222E),
 - Psychosomatisches Gespräch (GOP 22221E),
 - Psychotherapeutische Gespräche (GOP 22220E und 23220E bis 31.03.2107),
- 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)
- Leistung der Sozialpädiatrie (04355E)
- Osteodensitometrie (34600E (ab 01.04.2017))
- 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 2a, Teil 2 Zuschläge für EBM-Leistungen aus dem EGV-Förderfonds

- Leistung der Geriatrie (03362F)
- Leistungen der Palliativmedizin (03370F bis 03374F sowie 04370F bis 04374F)
- Leistung der Sozialpädiatrie (04355F)
- konventionelles Röntgen (Leistungen des Kapitels 34.2 ohne 34.2.7 und 34.2.9 EBM mit der Buchstabenkennzeichnung „F“)
- Radiosynoviorthese (17371F und 17373F)
- Leistung der orthopädisch-rheumatologischen Versorgung (18320F und 18700F)
- Förderung der konservativen Augenheilkunde – Neupatientenmodell mit nachfolgender Leistungslegende:
 - 06225F Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 06225 für die Förderung der Betreuung von neuen Patienten bei gleichzeitiger Erhöhung der Betreuungskapazität

einmal im Behandlungsfall je förderungswürdiger Neupatient 30,00 Euro
 - 06225P zusätzliche Förderung konservativ tätiger Augenärzte bei Unterschreitung des Fördervolumens nach Maßgabe der KVT in Form eines zusätzlichen Punktwertzuschlages für die augenärztliche Strukturpauschale GOP 06225

Anlage 3 Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen

	Abr.-Nr.	Pauschale
Aufwandspauschale für ambulante Behandlung von Wachkomapatienten je Behandlungsfall	99210	150,00 €
Belegärztliche Bereitschaftsdienstpauschale pro Patient/Pflegetag gemäß Belegarztvertrag	97200	3,10 €
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 €
Sachkosten für doppellumige Ovarial-Biopsienadeln im Zusammenhang mit künstlichen Befruchtungen	99921X	27,55 €
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	16,36 €
Behandlung solider Tumore unter tumorspezifischer Therapie, Zusatzangaben erforderlich	96501	16,36 €
Intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie	96502	21,63 €
Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie	96507	11,08 €
Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie ab 2 Stunden	96508	27,44 €
Versorgungsebene Zwei		
Subkutane/intravasale zytostatische Tumorthherapie, Zusatzangaben erforderlich	96503	173,06 €
Behandlung einer laboratoriumsmed. oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Systemerkrankung	96504	16,36 €
Orale zytostatische Chemotherapie, Zusatzangaben erforderlich	96505	64,89 €

	Abr.-Nr.	Pauschale
Gabe von Bluttransfusionen oder Gabe von Apherese-thrombozytenkonzentraten	96506	43,27 €
Gabe von Poolthrombozytenkonzentraten	96506A	63,31 €
Palliativversorgung von Tumorpatienten	96509	173,06 €

Wegepauschalen

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 **KVT** mit dem Großbuchstaben „N“ gesondert gekennzeichnet.

Sonderregelungen Pauschalen für Notfallambulanzen

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 § 20i i. V. m. § 132e Abs. 1 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 **KVT** 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 Prozent 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 KVT 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

	Abr.-Nr.	Vergütung
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 „Erährungsberatung“	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

	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.

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

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

2.5 Vereinbarung zur Überweisungssteuerung – gültig ab 01.01.2015

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

Anlage 3b

Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

BKK Landesverband Mitte, Regionalvertretung Thüringen und Sachsen
--

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen BKK abzurechnen.

Anlage 3c

Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

IKK classic

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen IKK abzurechnen.

1.2 Schulung von Diabetikern außerhalb des DMP

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

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

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

2.1 Sekundär- und Tertiärprävention gemäß Vereinbarung

- Ärztliche Beratung, Ausstellung der Präventionsempfehlung

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

Anlage 3d

Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

vdek, Landesvertretung Thüringen

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen Ersatzkasse abzurechnen.

Anlage 3e

Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

KNAPPSCHAFT

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der KNAPPSCHAFT abzurechnen.

Anlage 3f

Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

<p>Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, als Landwirtschaftliche Krankenkasse</p>
--

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 Ergänzende Regelungen zum Notdienst sowie zur Transparenz des Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V

§ 1 Notdienst

- (1) Die in § 1 Anlage 6 zum Honorarvertrag für 2016 vereinbarten Strukturzuschläge zur Anschubfinanzierung bzw. Unterstützung von Fusionen von Bereitschaftsdienstpraxen und Notfallambulanzen an Krankenhausstandorten (Triage-System) sowie zur Optimierung bestehender Notdienst-Strukturen in Thüringen gezahlten Mittel werden in 2017 übertragen und für entsprechende gemeinsame Pilotprojekte verwendet.
- (2) Die gemeinsamen Pilotprojekte werden in 2018 fortgeführt und deren Finanzierung gesondert vereinbart.
- (3) Zur Umsetzung, Ausgestaltung und Finanzierung der Pilotprojekte wird eine gemeinsame Arbeitsgruppe von den Vertragspartnern eingerichtet.

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

- (1) Die KVT 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.
- (2) 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) Nach Feststellung der tatsächlichen MGV erfolgt eine Korrekturberechnung.