



## Editorial

Die Vertreterversammlung – unser Parlament vor dem Wechsel

## Amtliche Bekanntmachungen

Wahlbekanntmachung gemäß § 23 der Wahlordnung der KV Thüringen zur Wahl der Vertreterversammlung der KV Thüringen für die Amtszeit 2017 bis 2022

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

Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b SGB V der KV Thüringen

Änderung der Abrechnungsrichtlinien der KV Thüringen zum 01.10.2016

## Ihre Fachinformationen

### Abrechnung/Honorarverteilung

Individuelle Punktzahlvolumina bzw. zeitbezogene Kapazitätsgrenzen	1
Neu gefasste Kinder-Richtlinie ab 01.09.2016	1
Neuer Stuhl-Test soll Früherkennung von Darmkrebs verbessern	2
Neue GOP 01751 für Mammographie-Screening zum 01.10.2016	2
Ergänzung der Abrechnungsrichtlinien der KV Thüringen zum 01.10.2016	2
Medikationsplan: Vergütung und Regelung im Bundesmantelvertrag vereinbart	3

### Verordnung und Wirtschaftlichkeit

Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie	4
Bundeseinheitlicher Medikationsplan ab 01.10.2016	5
Aktuelle Informationen zu Schutzimpfungen	5
Heilmittel-Versorgung – Änderungen zum Jahreswechsel	6
Verordnungsdauer bei häuslicher Krankenpflege	8

### Qualitätssicherung

Fragen aus dem Praxisalltag: MRSA – Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus	8
---	---

### Disease-Management-Programme

BARMER GEK und Deutsche BKK fusionieren zur BARMER	9
--	---

### Verträge

Honorarvereinbarung für das Jahr 2016	9
Aktualisierte Listen der teilnehmenden BKKn an Thüringer Sonderverträgen	11
Übersicht der an dem IV-Vertrag „Hallo Baby“ teilnehmenden Betriebskrankenkassen und teilnehmenden stationären Einrichtungen	11

### Ärztliche Selbstverwaltung

Vertreterversammlung der KV Thüringen beschließt Leitbild	12
---	----

## ▪ Informationen

Neues Formular ab 01.10.2016 – Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit gemäß § 62 SGB V	15
Umfrage zu ungerechtfertigten Anforderungen von Krankenhäusern (Einweisung/Überweisung) im 4. Quartal 2016	15

## Terminkalender

---

Termine zur Abrechnungsannahme für das 3. Quartal 2016	16
Einführungsseminar „Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin“	16
Wissenschaftliches Symposium 2016 in Bad Tennstedt	17
Thüringer Tag der Allgemeinmedizin in Jena	17
Fortbildungsveranstaltungen der KV Thüringen	17
Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen	21

## Anlagen

---

Anlage 1 – Ergebnisse der Wahl zur Vertreterversammlung der KV Thüringen für die Amtszeit 2017 bis 2022	
Anlage 2 – Durchschnittliche Punktzahlvolumina und Fallzahlen des Vorjahresquartals pro Fachgruppe sowie die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen für 2. Quartal 2016	
Anlage 3 – Fragen und Antworten zum bundeseinheitlichen Medikationsplan ab 01.10.2016	
Anlage 4 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung in Thüringen	
Anlage 5 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am Hautscreening-Vertrag in Thüringen	
Anlage 6 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“	
Anlage 7 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am IV-Vertrag „Hallo Baby“ und an der Zusatzvereinbarung Sonografie in Thüringen	
Anlage 8 – Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland: Umfrage zu ungerechtfertigten Anforderungen von Krankenhäusern	

## Beilagen

---

Fortbildungskalender der KV Thüringen für das 4. Quartal 2016	
Interessante Fortbildungsveranstaltungen einschl. Anmeldeformular (gelbes Blatt)	
Anschreiben der KV Thüringen zur „Fachexkursion nach Südafrika“ einschließlich Flyer mit der Reisebeschreibung	

---

## Impressum

Herausgeber:	Kassenärztliche Vereinigung Thüringen Zum Hospitalgraben 8 99425 Weimar
verantwortlich:	Sven Auerswald, Hauptgeschäftsführer
Redaktion:	Babette Landmann, Stabsstelle Kommunikation/Politik
Telefon:	03643 559-0
Telefax:	03643 559-191
Internet:	<a href="http://www.kvt.de">www.kvt.de</a>
E-Mail:	<a href="mailto:info@kvt.de">info@kvt.de</a>
Druck:	Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH

## Die Vertreterversammlung – unser Parlament vor dem Wechsel

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

in der Berufspolitik wird gern das Bild vom gemeinsamen Boot verwendet, in dem wir Vertragsärzte und -psychotherapeuten alle sitzen und schon manchen Sturm auf hoher See durch kollegiale Solidarität überstanden haben. Es gibt KV-Funktionäre, die sich hier in der Rolle des Kapitäns sehen. In Thüringen leben wir seit einigen Jahren ein anderes Selbstverständnis: der Vorstand rudert und die Vertreterversammlung steuert. Alle Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung werden souverän durch das ehrenamtliche Parlament getroffen.

In diesem Herbst befindet sich die alte Vertreterversammlung im Endspurt ihrer sechsjährigen Amtszeit, das vorliegende Heft berichtet über die aktuellen Themen und Beschlüsse. Ein neues Sicherstellungsstatut legte den Grundstein für die gesetzlich vorgegebene Erhöhung der finanziellen Förderung ambulanter Weiterbildung, an der weiterhin alle KV-Mitglieder mit einer umsatzabhängigen Umlage beteiligt werden. Es wurden konzeptionelle Überlegungen und Maßnahmen zur Erreichbarkeit der Ärzte und Psychotherapeuten sowie zur Verfolgung bzw. Sanktionierung von Verstößen gegen Mitwirkungspflichten bei der Sicherstellung der Versorgung in Auftrag gegeben. Hinsichtlich der Honorarverteilung fand die Neuordnung der Vergütung radiologischer und nuklearmedizinischer Leistungen, die im Grundsatz bereits beschlossen worden war, letztlich doch

nicht die erforderliche Mehrheit. Die Abgeordneten zeigten sich hier kreativ bei der Entwicklung einer Alternative. Alle Diskussionen waren von argumentativer Suche nach dem besten Weg geprägt. Dass die Sacharbeit einmal mehr ohne Meinungsführungsanspruch Einzelner, ohne Frontenbildung und Machtkämpfe ablief, empfinde ich persönlich als eine bewahrenswerte Errungenschaft der zu Ende gehenden Amtsperiode.

Auch das Wahlergebnis zur Vertreterversammlung 2017 – 2022 finden Sie in diesem Rundschreiben. Allen Gewählten herzliche Gratulation zu ihrem Erfolg! Viele neue Gesichter lassen erwarten, dass in den nächsten Jahren auch thematisch neue Akzente gesetzt werden. Den schon bekannten Kolleginnen und Kollegen obliegt es, für die Weitergabe ihrer Erfahrungen und für Kontinuität in der konstruktiven Debattenkultur zu sorgen. Möge das Leitbild, welches das noch amtierende Parlament verabschiedet hat, auch der neu zusammengesetzten Vertreterversammlung zur Orientierung geeignet erscheinen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Thomas Schröter  
2. Vorsitzender



## Amtliche Bekanntmachung

**Wahlbekanntmachung gemäß § 23 der Wahlordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen zur Wahl der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen für die Amtszeit 2017 bis 2022**

**Gewählte Vertreter der „Listen Hausärzte“ für die 12 zu besetzenden Sitze in der Vertreterversammlung**

<i>Name, Vorname</i>	<i>Fachgebiet</i>
Dr. med. <b>Baltahge</b> , Ahmad	FA für Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. <b>Bastian</b> , Ronald	FA für Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. <b>Baum</b> , Peter	FA für Allgemeinmedizin
Dr. med. <b>Bölich</b> , Marlies	FÄ für Kinder- und Jugendmedizin
Dipl.-Med. <b>Feldmann</b> , Regina	FÄ für Allgemeinmedizin
Dipl.-Med. <b>Funke</b> , Mechthild	FÄ für Allgemeinmedizin
Dr. med. <b>Göckeritz</b> , Anke	FÄ für Innere Medizin
PD Dr. med. habil. <b>Lundershausen</b> , Rainer	FA für Innere Medizin
Dr. med. <b>Rommel</b> , Annette	FÄ für Allgemeinmedizin
Dr. med. <b>Sakriß</b> , Michael	FA für Allgemeinmedizin
Dipl.-Med. <b>Spiller</b> , Herbert	FA für Allgemeinmedizin
Dr. med. <b>Zitterbart</b> , Ulf	FA für Allgemeinmedizin

**Gewählte Vertreter der „Listen Fachärzte“ für die 15 zu besetzenden Sitze in der Vertreterversammlung**

<i>Name, Vorname</i>	<i>Fachgebiet</i>
PD Dr. med. habil. <b>Boltze</b> , Carsten	FA für Pathologie
Dr. med. <b>Busch</b> , Steffi	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dr. med. <b>Hagemeier</b> , Thomas	FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dr. med. <b>Herzau</b> , Michael	FA für Nuklearmedizin
Dr. med. <b>Jordan</b> , Andreas	FA für Augenheilkunde
PD Dr. med. habil. <b>Jung</b> , Kirsten	FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten, FÄ für Immunologie
Dr. med. <b>Köhler</b> , Sabine	FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie
Dr. med. <b>Kusch</b> , Björn	FA für Radiologie
Dr. med. <b>Lundershausen</b> , Denise	FÄ für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
PD Dr. med. habil. <b>Malur</b> , Sabine	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dr. med. <b>Marr</b> , Uwe	FA für Laboratoriumsmedizin
Dipl.-Med. <b>Menzel</b> , Ingo	FA für Chirurgie
Dr. med. <b>Mergner</b> , Sybille	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dr. med. <b>Römer</b> , Rolf-Peter	FA für Urologie
<b>Wüstefeld</b> , Tobias	FA für Orthopädie und Unfallchirurgie

**Gewählte Vertreter der „Listen Psychotherapeuten“ für die 3 zu besetzenden Sitze  
in der Vertreterversammlung**

<b>Name, Vorname</b>	<b>Fachgebiet</b>
Dipl.-Sozialpäd. <b>Krull</b> , Friedhelm Gotthard	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Dipl.-Psych. <b>Petereit</b> , Dagmar	Psychologische Psychotherapeutin
Dipl.-Psych. <b>Rottmayer</b> , Christiane	Psychologische Psychotherapeutin

Die Wahlergebnisse im Einzelnen entnehmen Sie bitte der Anlage 1.

Datum der Bekanntmachung: Weimar, 26. September 2016



**Dorothea Stula**  
Vorsitzende des Wahlausschusses

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

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

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

und

den Ersatzkassen

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

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

## **Inhalt**

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

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

## **Anlagen**

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

## Teil 1 Allgemeine Grundsätze

### Präambel

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

### § 1 Geltungsdauer

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

### § 2 Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

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

### § 3 Salvatorische Klausel

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

## **Teil 2**

### **Festlegung der regionalen Euro-Gebührenordnung**

#### **§ 1**

##### **Festlegung des regionalen Punktwertes in Thüringen**

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

#### **§ 2**

##### **Regionale Euro-Gebührenordnung**

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

#### **§ 3**

##### **Bekanntmachung**

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

## Teil 3 Berechnung der Gesamtvergütung in Thüringen

### § 1 Grundsätze

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

### § 2 Ermittlung der MGV

- (1) Rechtsgrundlage für die Ermittlung der MGV ist § 87a Abs. 3 i. V. m. Abs. 4 SGB V.
- (2) Die MGV je Krankenkasse wird gemäß **Anlage 1** wie folgt ermittelt:
  - a) Grundlage der Vereinbarung der Behandlungsbedarfe sind die gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V vereinbarten und um selektivvertragliche Leistungen bereinigten Behandlungsbedarfe des Vorjahresquartals für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV Thüringen. Hierfür sind die Daten der jeweils geltenden Beschlüsse des BA (KASSRG87aMGV\_SUM) maßgebend. Dazu werden im Vorfeld die Versichertenzahlen sowie der Behandlungsbedarf quartalsweise bilateral zwischen der KV Thüringen und den Krankenkassenverbänden abgestimmt.
  - b) Der Behandlungsbedarf nach Buchstabe a) wird bereinigt
    - um Leistungen bereichseigener Ärzte bei Narkosen bei zahnärztlichen Behandlungen (GOP 05210, 05211, 05212, 05230, 05340 und 05341) auf Grundlage der Bruttoleistungsmengen des Vorjahresquartals,
    - um die Leistungen im Zusammenhang mit der Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie im EBM gemäß Beschluss des EBA in seiner 45. Sitzung (GOP 30800, 30810 und 30811) auf Grundlage der Bruttoleistungsmenge des Vorjahresquartals (ab dem 2. Quartal 2016),
    - um Leistungen, die aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V entsprechend den Beschlüssen des BA gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V zu bereinigen sind (**Anlage 1d**),
  - c) *Dies ergibt den angepassten Behandlungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals 2015 über alle Krankenkassen und je Krankenkasse.*
  - d) Der jeweilige kassenspezifische Anteil am angepassten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals aller Krankenkassen wird ermittelt auf der Grundlage der im Vorjahresquartal für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort in Thüringen abgerechneten Leistungen (ARZTRG87aKA\_IK) nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung (die im Abrechnungsquartal der MGV in Thüringen angehören) im Verhältnis zu den für Versicherte aller Krankenkassen mit Wohnort in Thüringen im Vorjahresquartal abgerechneten Leistungen (ARZTRG87aKA\_SUM) nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung (die im Abrechnungsquartal der MGV in Thüringen angehören). Leistungen der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme (Satzarten ARZTRG87aNVI) werden abgezogen.

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

- (4) Bei Fusionen von Krankenkassen mit Versicherten in Thüringen wird für die neue (fusionierte) Krankenkasse ein neuer nach Versichertenzahlen gewichteter kassen-spezifischer Aufsatzwert entsprechend des Beschlusses der 333. Sitzung des BA am 20. August 2014 ermittelt.
- (5) Sofern Versicherte einer Krankenkasse ihren Wohnsitz im Ausland haben und diese in der Meldung der Versichertenzahlen enthalten sind, erfolgt die Abrechnung dieser Versicherten analog den übrigen Versicherten, d. h., dass in die Summe der Versicherten die Wohnausländer hinzuzurechnen sind.
- (6) Bei Krankenkassen, für die aus dem Jahr 2015 kein Leistungsbedarf und keine Versicherten zur Berechnung der MGV für das Jahr 2016 vorliegen und für die im Jahr 2016 erstmals Versicherte und Leistungsbedarf in Thüringen festgestellt werden, werden die vertragsärztlichen Leistungen, welche nach dieser Vereinbarung innerhalb der MGV zu vergüten sind, für einen Zeitraum von maximal 4 Quartalen mit dem nach dieser Vereinbarung geltenden Punktwert für Leistungen der MGV unter Anwendung der kassenartenindividuellen durchschnittlichen 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 Jugendlichen-psychotherapie (GOP 23216),
- Urologie (GOP 26220),
- Physikalische und Rehabilitative Medizin (GOP 27220).

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

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

## **§ 2b**

### **Förderungswürdige Leistungen außerhalb der MGV (EGV-Förderfonds)**

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

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

### **§ 3**

#### **Nicht vorhersehbarer morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf**

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

### **§ 4**

#### **Vergütung außerhalb der MGV**

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

### **§ 5**

#### **Anrechnung von Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen**

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

### **§ 6**

#### **Abschlagszahlungen**

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

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

## **§ 7**

### **Quartalsbezogene Endabrechnung**

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

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

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte  
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

gez. IKK classic

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

gez. Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

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

## **1. Protokollnotiz**

### **Grundsätze für das Verfahren der Benehmensherstellung**

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

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

## **2. Protokollnotiz**

### **Mehrkostenregelung gemäß § 33 Abs. 9 SGB V**

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

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

**Quartal:**

**Krankenkasse:**

**VKNR:**

<b>Summe GKV</b>	<b>Summe VKNR</b>
------------------	-------------------

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

[1]	MGV-relevante Versichertenzahlen		
[2]	Korrekturdaten MGV-relevante Versichertenzahlen		
[3]	<b>abgestimmte MGV-relevante Versichertenzahlen</b>	[3] = [1]+[2]	

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

**Berechnung des kassenspezifischen Anteils am angepassten BB im Vorjahresquartal 2015**

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

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

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

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

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

**Ämtliche Bekanntmachung – Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen  
mit Wirkung für das Jahr 2016**

[1]	MGV-relevante Versichertenzahlen	Vers_von KV aus Satzart „KASSRG87aMGV_SUM“ bzw. „..._IK“
[2]	Korrekturdaten MGV-relevante Versichertenzahlen	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[4]	vereinbarter um die Selektivverträge bereinigter BB	BB_von KV aus Satzart „KASSRG87aMGV_SUM“ bzw. „..._IK“
[5]	Korrekturdaten BB	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[6a]	Bereinigung BB Narkosen bei zahnärztlichen Leistungen (bereichseigene Ärzte)	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[6b]	Bereinigung der Leistungen Soziotherapie (ab 2. Quartal 2016)	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[7]	Differenzbereinigungsmenge ASV	siehe Anlage 1d
[9]	abgerechneter LB in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals (incl. Korrekturen)	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[11]	kassenspezifischer Aufsatzwert	angepasster BB multipliziert mit kassenspezifischem prozentualen Anteil
[12]	kassenspezifische Versichertenzahlen x. Quartal 2015	wie 1., aber nur aus Satzart „KASSRG87aMGV_IK“
[13]	kassenspezifische Versichertenzahlen x. Quartal 2016	Versicherte, Wohnausländer und Betreute aus Satzart „ANZVER87a“
[14]	davon entfallene Versichertenzahlen x. Quartal 2016 je fusionierende Krankenkasse	der Ausweis erfolgt nur bei einer Fusion, die nicht vollumfänglich vollzogen wurde; Anzahl der Versicherten, Wohnausländer und Betreute aus Satzart ANZVER 87a
[15]	durchschnittliche Bereinigungsmenge für alle Selektivverträge	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK
[16]	Absenkung des Aufsatzwertes aufgrund Höherbewertung Psychotherapie	siehe Anlage 1b
[17]	korrigierter kassenspezifischer Aufsatzwert	kassenspezifischer Aufsatzwert dividiert durch kassenspezifische Vers.-zahlen 2015 und multipliziert mit kassenspezifischen Vers.-zahlen 2016 sowie zuzüglich durchschnittliche Bereinigungsmenge für alle SV-Verträge und abzüglich der Absenkung wegen der Bereinigung aufgrund der Bereinigung Psychotherapie
[18]	Bereinigungswert für die humangenetischen Anteile gem. BA-Beschluss in seiner 372. Sitzung	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK Berechnungsweise siehe Beschluss des BA in seiner 372. Sitzung
[19]	kassenspezifischer Aufsatzwert bereinigt um die humangenetischen Anteile	korrigierter kassenspezifischer Aufsatzwert abzüglich dem Bereinigungswert für die humangenetischen Anteile
[22]	Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und KK
[24]	kassenspezifische MGV berechnet mit PW 10,4361 €-Cent	wurde eine Fusion nicht voll umfänglich vollzogen, dann erfolgt bei der Berechnung der kassenspezifischen MGV folgende Berechnung: endgültiger kassenspezifischer Aufsatzwert (ist identisch für alle Fusionskassen) geteilt durch Summe der Versicherten aller Fusionskassen des entsprechenden Abrechnungsquartals 2016 und multipliziert mit den Versicherten der jeweiligen Fusionskasse des entsprechenden Abrechnungsquartals 2016; anschließend erfolgt hierzu noch die Bewertung mit dem PW 10,4361 €-Cent

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

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

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

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



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

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

	Summe GKV	Summe VKNR
[1] Betrag Anschubfinanzierung Notdienst je Quartal GKV	375.000,00 €	
[2] kassenspezifischer prozentualer Anteil (Verwendung aus der MGV-Berechnung)	100,000000%	
[3] Anschubfinanzierung Notdienst nach kassenspezifischen prozentualen Anteil	[3] = GKV[1] * [2]	0,00 €
[4] Berücksichtigung der Entwicklung der Versichertenzahlen:		
[5] kassenspezifische Versichertenzahlen x. Quartal 2015		
[6] kassenspezifische Versichertenzahlen x. Quartal 2016		
[7] Anwendung der Versichertenentwicklung auf Aufteilung	GKV[7] = fester Wert je Quartal VKNR[7] = [3] / [5] * [6]	375.000,00 €
[8] prozentualer Anteil an der Versichertenentwicklung (neu)	[8] = [7] / GKV[7]	100,000000%
[9] Anteil an der Anschubfinanzierung Notdienst	[9] = [8] * GKV[9]	375.000,00 €

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

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

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

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

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

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

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

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

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

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

## **Anhang zu Anlage 1d**

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

#### **Präambel**

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

#### **§ 1 Begriffsdefinitionen**

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

#### **§ 2 Grundsätze**

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

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

### **§ 3 Beginn und Ende der ASV-Bereinigung**

- (1) Die ASV-Bereinigung beginnt indikations- und KV-spezifisch mit dem Folgequartal zu dem Abrechnungsquartal, in dem die erste ASV-Abrechnung für Versicherte mit Wohnort in Thüringen erfolgt ist, unabhängig davon, in welchem KV-Bezirk die ASV-Leistungen erbracht wurden.
- (2) Mit der erstmaligen Lieferung einer indikationsspezifischen Anzahl an ASV-Patienten durch die KBV bzw. den GKV-Spitzenverband (Satzart ANZASV116b\_SUM) wird festgestellt, dass im Folgequartal eine ASV-Bereinigung durchzuführen ist.
- (3) Die Bereinigung wird indikationsspezifisch für zunächst 3 Jahre ab dem jeweils ersten KV- und indikationsspezifischen Bereinigungsquartal gemäß Absatz 1 durchgeführt.

### **§ 4 Ermittlung des Bereinigungsvolumens je ASV-Patient**

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

### **§ 5 Ermittlung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahl**

- (1) Die KV Thüringen ermittelt für die zwölf Bereinigungsquartale indikationsspezifisch und quartalsweise die Anzahl der im Vorjahresquartal des jeweiligen Bereinigungsquartals vertragsärztlich behandelten Patienten, welche den im jeweiligen indikationsspezifischen Beschluss definierten Abgrenzungskriterien genügen (Höchstwert der zu bereinigenden ASV-Patienten) und teilt diese den kassenseitigen Gesamtvertragspartnern in Summe und für die einzelnen Krankenkassen der jeweiligen Kassenart auch kassenspezifisch bis zum Ende des zweiten Monats nach dem jeweiligen Bereinigungsquartal mit.
- (2) Die Mitteilung erfolgt mittels der Satzart ANZASV116b\_HOECHSTWERT.
- (3) Nach Lieferung der Höchstwerte haben die Krankenkassen die Gelegenheit, die Daten bis zum 15. des vierten Monats nach dem Bereinigungsquartal zu prüfen und mit der KV Thüringen abzustimmen. Festgestellte Implausibilitäten werden der KV Thüringen schriftlich mitgeteilt.
- (4) Je Bereinigungsquartal wird bis zum 15. des vierten Monats nach dem jeweiligen Quartal indikationsspezifisch die tatsächlich zu bereinigende Zahl der ASV-Patienten mit Wohnort in Thüringen auf Basis der bereitgestellten Daten (ANZASV116b\_SUM) wie folgt ermittelt:
  - a) Ermittlung bei ASV-Team-Kennzeichen „ausschließlich Krankenhausärzte (2)“ und „gemischtes Team (3)“

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

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

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

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

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

## **§ 6**

### **Ermittlung der Differenzbereinigungsmenge**

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

## **§ 7**

### **Differenzbereinigung**

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

Differenzbereinigungssumme in Punkten vom vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals.

**§ 8  
Datenlieferungen der Krankenkasse**

Die Krankenkassen liefern die Satzart ANZASV116b\_LANR quartalsweise für jede spezialfachärztliche Indikation jeweils beginnend mit dem Folgequartal des Abrechnungsquartals bis zum Ende des dritten auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats an die KV Thüringen.

## **Datensatzbeschreibung Höchstwert**

### **ASV-Bereinigung: Höchstwert-Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen**

---

#### **1. Lieferzyklus**

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

Die KV Thüringen teilt diese Anzahlen den regionalen Verbände der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Summe (GKV-weit) und für die der jeweiligen Empfängerarten angehörigen Krankenkassen auch kassenspezifisch jeweils bis zum Ende des zweiten Monats nach einem Bereinigungsquartal mit. Die Mitteilung erfolgt in der Satzart ANZASV116b\_HOECHSTWERT; die Feststellung der Empfängerarten erfolgt auf Basis der Kassenartenzugehörigkeit des Kostenträgers im betrachteten Leistungsquartal, d.h. im Vorjahresquartal zum Bereinigungsquartal.

#### **2. Kompression und Verschlüsselung**

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

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

#### **3. Dateibeschreibung**

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

Für die Satzart ist folgende Dateinamenskönvention vorgesehen:

ANZASV116b\_HOECHSTWERT\_Bereinigungsquartal\_Vorjahresquartal\_gesamtvertragszuständige KV\_Empfängerkassenart\_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**

<b>Dateiumfang:</b>
<b>Abgrenzung:</b> 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.
<b>Primärschlüssel:</b> 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)

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

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

## Anlage 2 Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

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

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

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

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

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

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

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

**Anlage 3 Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen**

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

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

**Wegepauschalen**

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

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

**Sonderregelungen Pauschalen für Notfallambulanzen**

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

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

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

(1) Sachkosten,

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

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

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

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

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

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

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

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

## Anlage 3a Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

<b>AOK PLUS</b>
-----------------

### 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
<b>Kostenpauschale für die Hautkrebsvorsorge</b>	99191	26,00 €
<b>Kostenpauschale für eine ggf. erforderliche Auflichtmikroskopie</b> , 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

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

### 2.2 Information über Sekundärprävention gemäß Vertrag

- Ärztliche Beratung, Information und Befürwortung der Maßnahme

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

- Abschlussuntersuchung des Arztes

	<b>Abr.-Nr.</b>	<b>Vergütung</b>
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

	<b>Abr.-Nr.</b>	<b>Vergütung</b>
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

<b>Leistungsbeschreibung</b>	<b>Abr.-Nr.</b>	<b>Vergütung</b>
<b>1. Für Vertragsärzte gemäß § 3 Abs. 1 abrechenbare Pauschalen:</b>		
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) <sup>1)</sup> 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. <b>Durch den Arzt ist keine Abrechnung erforderlich.</b> 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 €

<sup>1)</sup> Zu beachten sind die Abrechnungsausschlüsse sowie die Ausfüllhinweise bei Überweisungen.

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

<sup>2)</sup> Zu beachten sind die Abrechnungsausschlüsse sowie die Ausfüllhinweise bei Überweisungen.

## 2.5 Vereinbarung zur Überweisungssteuerung – gültig ab 01.01.2015

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

## **Anlage 3b**

### **Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen**

<b>BKK Landesverband Mitte, Regionalvertretung Thüringen und Sachsen</b>
--

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

##### **1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis**

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen BKK abzurechnen.

## Anlage 3c Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

IKK classic
-------------

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

#### 1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen IKK abzurechnen.

#### 1.2 Schulung von Diabetikern außerhalb des DMP

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

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

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

#### 2.1 Sekundär- und Tertiärprävention gemäß Vereinbarung

- Ärztliche Beratung, Ausstellung der Präventionsempfehlung

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

## Anlage 3d Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

<b>vdek, Landesvertretung Thüringen</b>
---

**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**

<b>Knappschaft</b>
--------------------

**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**

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

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

**1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis**

Auf Nachweis direkt mit der SVLFG abzurechnen.

## Anlage 4 Sachkostenformular

↑ Platz für den Ausdruck der Patientendaten

### Sachkostenformular (Medizinprodukte) im Zusammenhang mit vertragsärztlichen Leistungen

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

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

Unfallfolgen \*     Arbeitsunfall \*     BVG \*   

\* = ggf. anzukreuzen

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

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

**Präambel**

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

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

**§ 1 Gegenstand, Ziele Geltungsbereich**

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

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

### **§ 2 Voraussetzung für die Förderung, Genehmigung der KV Thüringen**

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

### **§ 3 Zuschläge**

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

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

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

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

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

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

#### **§ 4 Inkrafttreten**

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

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

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

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

\_\_\_\_\_

der stationären Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_

IK

und nachstehend genannten Vertragsärzten

\_\_\_\_\_

dem Vertragsarzt / MVZ

\_\_\_\_\_

mit Praxissitz

\_\_\_\_\_

LANR

\_\_\_\_\_

dem Vertragsarzt / MVZ

\_\_\_\_\_

mit Praxissitz

\_\_\_\_\_

LANR

\_\_\_\_\_

dem Vertragsarzt / MVZ

\_\_\_\_\_

mit Praxissitz

\_\_\_\_\_

LANR

\_\_\_\_\_

dem Vertragsarzt / MVZ

\_\_\_\_\_

mit Praxissitz

\_\_\_\_\_

LANR

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

## **§ 1 Gegenstand des Kooperationsvertrages**

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

## **§ 2 Aufgaben des Hausarztes**

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **§ 3 Aufgaben der Fachärzte**

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

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

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

---

---

---

#### **§ 4 Aufgaben der stationären Pflegeeinrichtung**

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

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

---

---

---

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

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

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

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

---

---

---

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

---

---

---

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

#### **§ 5 Zusammenarbeit**

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

---

---

---

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

---

---

---

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

### **§ 6 Anerkennung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen**

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

### **§ 7 Schweigepflicht**

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

### **§ 8 Datenschutz**

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

### **§ 9 Salvatorische Klausel**

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

**§ 10 Schlussbestimmungen**

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stationäre Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
teilnehmender Vertragsarzt

\_\_\_\_\_  
Ärztlicher Leiter MVZ/  
Anstellender Vertragsarzt

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
teilnehmender Vertragsarzt

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
teilnehmender Vertragsarzt

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

### § 1 Notdienst

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

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

#### a) Abrechnung Psychotherapie

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

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

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

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

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

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

**§ 3**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zuschlags-GOP

35251  
35251B  
35252  
35252B

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

Zuschlags-GOP

35251  
35251B  
35252  
35252B  
35253  
35253B

**Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87 b SGB V  
der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT)  
Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 10. September 2016**

Die Vertreterversammlung der KVT hat in ihrer Sitzung am 10. September 2016 folgende Änderungen/Ergänzungen der Honorarverteilung der KVT beschlossen:

1. Die Vertreterversammlung beschließt auf Empfehlung des Vorstandes folgende Änderung des HVM in § 10 mit Wirkung zum 1. Oktober 2016.

**§ 10**

**Regelungen für Kooperationsformen**

- (1) Das individuelle Punktzahlvolumen wird für Kooperationsformen gemäß Abs. (2) und Abs. (3) angepasst. **Hierbei gilt die aktuelle Zusammensetzung der Kooperationsform im Abrechnungsquartal.**
- (2) Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Kooperationsformen wird das individuelle Punktzahlvolumen der Ärzte von fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten (ohne Ärzte gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V) der gleichen Arztgruppe um 10 % erhöht.
- (3) Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Kooperationsformen von fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten (ohne Ärzte gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V), in denen mehrere Ärzte gleicher Arztgruppen tätig sind, wird deren individuelles Punktzahlvolumen um 10 % erhöht.
- (4) Die Finanzierung des Aufschlages erfolgt aus den jeweiligen Vorwegabzügen der haus- bzw. fachärztlichen Vergütungsvolumina gemäß §§ 8 und 9.
- (5) Die Absätze (1) bis (4) finden keine Anwendung für zugelassene Ärzte gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V.

2. Die Vertreterversammlung bestätigt den Beschluss des Vorstandes, wonach infolge der rückwirkenden Änderungen der KBV-Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V Teil B und E mit Wirkung zum 1. Juli 2016 gemäß § 2 Abs. 2 des HVM folgende Änderungen notwendig sind:

**§ 5**

**Vergütung und Steuerung laboratoriumsmedizinischer Leistungen**

§ 5 Abs. (1) dritter Spiegelstrich wird wie folgt geändert:

- der Kostenerstattung des Kap. 32 (ohne GOPen 32860 bis ~~32864~~ **32865, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946**) EBM

**§ 9**

**Fachärztliches Vergütungsvolumen**

§ 9 Abs. (3) Satz 1 wird wie folgt geändert:

Von dem gemäß Abs. (1) und Abs. (2) zur Verfügung stehenden Honorarvolumen wird entsprechend § 3 Abs. (4) ein Vergütungsvolumen versorgungsbereichsspezifisch für „Genetisches Labor“ gebildet und steht für die Vergütung von Leistungen der Humangenetik (GOP 11230, 11233 bis 11236 sowie ~~32860 bis 32864~~ **32865, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946**, Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 EBM) zur Verfügung.

§ 9 Abs. (3) Satz 2 wird wie folgt geändert:

Aus dem Vergütungsvolumen werden die Leistungen der Humangenetik nach GOP 11230, 11233 bis 11236 sowie 32860 bis ~~32864~~ **32865, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946**, Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 EBM mit dem regionalen Punktwert vergütet. Sollte die Höhe des Vergütungsvolumens nicht ausreichen, erfolgt eine Quotierung. Die Quotierung des regionalen Punktwertes darf die Höhe der durchschnittlichen niedrigsten Auszahlungsquote einer Fachgruppe innerhalb der fachärztlichen Fachgruppenkontingente nicht unterschreiten.

§ 9 Abs. (3) Satz 5 wird wie folgt geändert:

Sollte das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen für die GOP 11230, 11233 bis 11236 sowie 32860 bis ~~32864~~ **32865, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946**, Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 EBM nicht ausreichen, ist das hierfür notwendige Vergütungsvolumen aus den Rückstellungen gemäß Abs. (5) e) zu entnehmen. Die Höhe des aus den Rückstellungen zuzuführenden Vergütungsvolumens ist auf den Betrag begrenzt, der eine Vergütung der Leistungen in Höhe der durchschnittlich niedrigsten Auszahlungsquote einer Fachgruppe innerhalb des fachärztlichen Fachgruppenkontingentes garantiert.

3. Die Vertreterversammlung beschließt nachfolgende Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 vorbehaltlich der Benennungsherstellung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Verband der Ersatzkassen:

§ 9 Abs. (5) g) wird wie folgt geändert:

**§ 9  
Fachärztliches Vergütungsvolumen**

...

- g) Vergütung von Leistungen ermächtigter Ärzte, von Krankenhäusern und von nicht in Abs. (6) aufgeführten Fachgebieten. Unter die Vergütung von Leistungen der Krankenhäuser fällt auch die Vergütung von Krankenhausleistungen nach § 120 Abs. 3a SGB V. Ein Vergütungsanspruch besteht, wenn kein Termin für einen Versicherten im entsprechenden Fristrahmen des § 75 Abs. 1a SGB V gefunden und die Behandlung und Folgebehandlung im Krankenhaus auf Vermittlung der Terminservicestelle ersatzweise vorgenommen wurde. Für die Vergütung dieser Leistungen wird ein Vergütungsvolumen auf der Basis des jeweiligen Vorjahresquartals unter Beachtung der Versichertenentwicklung zzgl. der aktuellen Veränderungsrate zur Verfügung gestellt. Hierbei ist die Entwicklung der Anzahl der ermächtigten Ärzte, Krankenhäuser und Ärzten von Fachgruppen, die nicht in Abs. (6) aufgeführt sind, mittels eines Anpassungsfaktors zu berücksichtigen. Dieser ergibt sich aus der Division der abrechnenden ermächtigten Ärzte, Einrichtungen und Ärzte, die nicht den Fachgruppen nach Abs. (6) zugeordnet sind, des Vorquartals und der durchschnittlichen Anzahl der abrechnenden Ärzte, Einrichtungen und Ärzte, die nicht den Fachgruppen nach Abs. (6) zugeordnet sind, im entsprechenden Vorjahresquartal. ~~Die Leistungen sollen mit dem regionalen Punktwert vergütet werden. Die Leistungen werden mit der durchschnittlichen Quote für die Fachgruppenkontingente gemäß Abs. (7) vergütet. Die ggf. verbleibenden Volumen werden dem Volumen gemäß § 9 Abs. 5 e insbesondere zur Stützung gemäß § 9 Abs. (7) (Pkt. a) regionaler Punktwert und Pkt. b) 0,1 Cent) zugeführt.~~

...

Eisenach, 10. September 2016

gez. Dr. med. Andreas Jordan  
Vorsitzender der Vertreterversammlung  
der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

## **Änderung der Abrechnungsrichtlinien der KV Thüringen**

Gemäß § 11 Abs. 4(j) der Satzung der KV Thüringen wurden durch den Vorstand mit Beschluss vom 24.08.2016 die Abrechnungsrichtlinien mit Wirkung zum 01.10.2016 geändert.

Die Abrechnungsrichtlinien werden um § 6a ergänzt:

### **§ 6a**

#### **Abrechnung von Notfällen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser**

- (1) Behandlungen im Notfall durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser sind gesondert zu begründen, sofern sich das Vorliegen eines Notfalls nicht unmittelbar aus den auf dem Behandlungsschein dokumentierten Diagnosen nach ICD-10 GM gemäß Anhang 1 dieser Richtlinie ergibt. Die schriftliche Begründung ist im dafür vorgesehenen Feld „freier Begründungstext“ (KVDT-Feldkennung 5009) zu erfassen und als Bestandteil der Abrechnungsdatei zu übermitteln.
- (2) Die Erfüllung der ICD-Angabe oder Begründungspflicht in Notfällen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser ist Voraussetzung für die Vergütung der zur Abrechnung gebrachten Leistungen. Über die Zulässigkeit der Notfallabrechnung entscheidet der Vorstand auf der Grundlage dieser Angaben und der gesetzlichen Bestimmungen. In Zweifelsfällen ist die Behandlungsdokumentation auf Anforderung der KV Thüringen vorzulegen.
- (3) Der Anhang 1 der Thüringer Abrechnungsrichtlinie beinhaltet die Übersicht der notfallrelevanten Diagnosen, die zur Abrechnung von Notfällen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte bzw. Einrichtungen berechtigen.

**Anhang 1 der Abrechnungsrichtlinien der KV Thüringen**

<b>Notfallrelevante Diagnose</b>	<b>ICD-10-GM</b>
Sonstige bakteriell bedingte Lebensmittelvergiftungen, anderenorts nicht klass.	A05.-
Myxödemkoma	E03.5
Thyreotoxische Krise	E05.5
Koma diabetikum	E10.0 bis E14.0- „0“ an 4. Stelle
Ketazidose bei Diabetes mellitus	E10.1 bis E14.1- „1“ an 4. Stelle
Hypoglykämisches Koma, nichtdiabetisch	E15
sonstige Hypoglykämie	E16.0,E16.2,E16.3
Addison-Krise	E27.2
Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	F05.0, F05.1, F05.8, F05.9
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	F10.0, F10.2,F10.3, F10.4, F10.5
Status epilepticus	G41.0, G41.1, G41.2, G41.8, G41.9
Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	G45.-
Netzhautgefäßverschluss	H34.-
Primäres Engwinkelglaukom (akut)	H40.2
Hypertonie, essentiell mit hypertensiver Krise	I10.01, I10.11, I10.91
akuter Myocardinfarkt	I21.-
Rezidivierender Myocardinfarkt	I22.-
Lungenembolie	I26.-
Akute Perikarditis	I30.-
Akute und subakute Endokarditis	I33.-
Akute Myokarditis	I40.-
Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen	I45.-
Vorhofflimmern und Vorhofflattern	I48.-
Kammerflattern und Kammerflimmern	I49.0
Subarachnoidalblutung	I60.-
Intrazerebrale Blutung	I61.-
Subdurale Blutung (nichttraumatisch)	I62.-
Hirnfarkt	I63.-
sonst. Schlaganfall	I64
arterielle Embolie und Thrombose	I74.-
Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	I80.-
Ösophagusvarizen mit Blutung	I85.0
Akute obstruktive Laryngitis [Krupp] und Epiglottitis	J05.-
Larynxödem	J38.4
Laryngospasmus	J38.5
Allergische Reaktion obere Atemwege	J39.3
Status asthmaticus	J46
Lungenödem	J81
Pleuraerguss	J90, J91
Pneumothorax	J93.-
Funktionsstörung eines Tracheostomas	J95.0

<b>Notfallrelevante Diagnose</b>	<b>ICD-10-GM</b>
Phlegmone und Abszess des Mundes	K12.2-
Akute Appendizitis	K35.-
Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	K56.-
Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert	K72.-
Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis	K80.0-
Gallenblasenstein ohne Cholezystitis, eingeklemmt	K80.21
Akute Cholezystitis	K81.0
Akute Pankreatitis	K85.-
Hämatemesis	K92.0
Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	K92.2
Schleimbeutelabszess	M71.00-M71.09
akutes nephritisches Syndrom	N00.-
Akutes Nierenversagen	N17.-
Urolithiasis, Nierenkolik	N20.-, N21.-, N23
Ischämie und Infarkt der Niere	N28.0
Hodentorsion	N44.-
Priapismus	N48.3-
Schwangerschaft mit abortivem Ausgang	O00.-, O01.-, O02.-, O03.-, O05.-, O06.-
Präeklampsie	O14.-
Eklampsie	O15.-
Vorzeitige Plazentalösung	O45.-
Präpartale Blutung, anderenorts nicht klassifiziert	O46.-
Frustrane Kontraktionen	O47.-
Blutung aus den Atemwegen	R04.-
Hyperventilation	R06.4
akutes Abdomen	R10.0
Tetanie	R29.0
Meningismus	R29.1
Somnolenz, Sopor und Koma	R40.0, R40.1, R40.2
Körperliche Gewalt	R45.6
Suizidalität	R45.8
Akuter Schmerz (nicht Organen od. Körperregionen zuordbar)	R52.0
Synkope, Kollaps	R55
Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert	R56.-
Schock, anderenorts nicht klassifiziert	R57.-
Verbrennungen, Verätzungen Auge, innere Organe	T26-28
Vergiftungen	T36-T50
Toxische Wirkungen von Stoffen, Tiergiften, Dämpfe u. Gase u.a.	T51-T65
Schäden durch and. Äußere Ursachen	T66-T78
Unfälle	V01-X59
Vorsätzliche Selbstbeschädigung	X60-X84
Tätlicher Angriff	X85-Y09

<b>Notfallrelevante Diagnose</b>	<b>ICD-10-GM</b>
<b>Lebensgefahr durch Sepsis</b>	
Pestsepsis	A20.7
Generalisierte Tularämie	A21.7
Milzbrandsepsis	A22.7
Brucellose	A23.-
Akute oder fulminante Melioidose	A24.1
Erysipelothrix-Sepsis	A26.7
Pasteurellose	A28.0
Listeriensepsis	A32.7
Waterhouse-Friedrichsen-Syndrom	A39.1
Akute Meningokokkensepsis	A39.2
Chronische Meningokokkensepsis	A39.3
Meningokokkensepsis, n.n.bez.	A39.4
Streptokokkensepsis	A40.-
Sonstige Sepsis	A41.-
Aktinomykotische Sepsis	A42.7
Sepsis durch Gonokokken	A54.8
Sepsis durch Herpesviren	B00.7
Candida Sepsis	B37.7
Disseminierte Aspergillose	B44.7
Toxoplasmose	B58.
Glomeruläre Krankheiten bei Sepsis	N08.0
Tubulointersitielle Nierenkrankheiten durch/bei Sepsis	N16.0
Mislungene Aborteinleitung	O07
Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft	O08
Sepsis unter der Geburt	O75.3
Puerperalfieber	O85
Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen	P36
Septischer Schock	R57.2
Systemisches Inflammatorischen Response-Syndrom SIRS	R65.-
Sepsis nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken	T80.2

## Abrechnung/Honorarverteilung

### Individuelle Punktzahlvolumina bzw. zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Der mit Wirkung ab 01.07.2012 eingeführte Honorarverteilungsmaßstab enthält u. a. die Honorierungsregelungen des individuellen Punktzahlvolumens bzw. der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen.

Als **Anlage 2** erhalten Sie die für das 2. Quartal 2016 ermittelten durchschnittlichen Punktzahlvolumina je Fachgruppe bzw. zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen zur Kenntnis.

Ihre Ansprechpartner bei Fragen zur

- Umsetzung dieser HVM-Regelung: Christina König, Telefon 03643 559-500  
 Claudia Pfeffer, Telefon 03643 559-502  
 Cornelia Scholz, Telefon 03643 559-404  
 Helmut Schmidt, Telefon 03643 559-411
  
- Antragsbearbeitung: Claudia Köster, Telefon 03643 559-510  
 Katrin Leiner, Telefon 03643 559-509  
 Robin Scheffel, Telefon 03643 559-509  
 Susann Reise, Telefon 03643 559-508

### Neu gefasste Kinder-Richtlinie ab 01.09.2016

**Am 01.09.2016 ist, wie geplant, die geänderte Kinder-Richtlinie in Kraft getreten.**

Die Leistungspflicht im vertragsärztlichen Bereich tritt aber erst dann ein, wenn die entsprechenden Gebührenordnungspositionen (GOP) im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) angepasst wurden, spätestens jedoch nach sechs Monaten. Das bedeutet, dass bis dahin die bisherigen Leistungsbestandteile der Kinder-Untersuchungen Gültigkeit besitzen.

Dies gilt allerdings nicht für den stationären Sektor. Es ist somit davon auszugehen, dass die Krankenhäuser seit dem 01.09.2016 die neuen Gelben Hefte ausgeben. Sollten sich somit ab diesem Zeitpunkt Familien vorstellen, denen bereits das neue Gelbe Heft ausgehändigt wurde, empfehlen wir im Sinne eines pragmatischen und versichertengerechten Vorgehens, bis zur Anpassung des EBM die Kinder-Untersuchungen nach den derzeit gültigen Regelungen durchzuführen, aber bereits im neuen Gelben Heft zu dokumentieren.

Für Kinder, die vor dem 01.09.2016 geboren sind und somit noch das alte Gelbe Heft besitzen, ändert sich nichts. Hier sind die Untersuchungen bis auf Weiteres im alten Heft zu dokumentieren.

#### Was hat sich in der Kinder-Richtlinie geändert?

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat unter anderem neue Standards für Seh- und Hörtests, sowie ein verfeinertes Screening von Sprache und Motorik beschlossen. Neugeborene sollen außerdem standardmäßig auf die Stoffwechselerkrankung Mukoviszidose überprüft werden, wenn die Eltern ihr Einverständnis für die Untersuchung geben.

Mit in das „Gelbe Heft“ übernommen wurde auch die „vorausschauende Beratung“, bei der der Arzt beispielsweise über Unfallgefahren, gesunde Ernährung und Hygiene informiert. Auch die psychosoziale Entwicklung der Kinder soll nun untersucht werden, um früh Verhaltensauffälligkeiten oder Risikofaktoren für psychische Erkrankungen festzustellen und zu verhindern. Teil des „Gelben Hefts“ ist daher nun eine zusätzliche Sozialanamnese und eine Interaktionsbeobachtung.

### Neuer Stuhl-Test soll Früherkennung von Darmkrebs verbessern

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, den bislang verwendeten guajak-basierten Stuhl-Test abzulösen und die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie entsprechend zu ändern. Die Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl erfolgt dann mit einem quantitativen immunologischen Test (iFOBT). Die geänderte Richtlinie tritt offiziell zum 01.10.2016 in Kraft, aber die Leistungspflicht im vertragsärztlichen Bereich tritt erst dann ein, **wenn im EBM die entsprechenden Abrechnungspositionen geschaffen wurden.**

Hier die Fakten:

- Einen Anspruch haben wie bisher Versicherte ab einem Alter von 50 Jahren.
- Die Hausärzte können auch bei der Gesundheitsuntersuchung (Check-up 35) den immunologischen Test ausgeben, wenn die Patienten mindestens 50 Jahre alt sind, damit soll die Teilnahmequote insbesondere bei Männern erhöht werden.
- Das Merkblatt zur Darmkrebsfrüherkennung, das auf der Durchführung eines guajak-basierten Tests basiert, verliert dann seine Gültigkeit.
- Die Auswertung erfolgt nicht mehr in der ausgebenden Praxis, sondern im Labor.
- Die immunologischen Stuhltests dürfen Ärzte vornehmen, die eine Abrechnungsgenehmigung für Leistungen des EBM-Abschnitts 32.3 und 1.7 haben.
- Die Laborärzte sind zudem verpflichtet, Angaben wie verwendete Tests, Gesamtzahl der untersuchten und der positiven Proben zur Evaluation des Früherkennungsprogramms zu erfassen.
- Auffällige Befunde werden mit einer Koloskopie abgeklärt. Diese Koloskopie wird in der Dokumentation gesondert gekennzeichnet.
- Die Änderung des Dokumentationsbogens tritt zum 01.01.2017 in Kraft.

#### Achtung!

Der Bewertungsausschuss muss erst noch die Test-Produkte festlegen, die verwendet werden dürfen. Denn für diese iFOBT werden **definierte Qualitätskriterien** (Sensitivität und Spezifität) **in der Krebsfrüherkennungsrichtlinie vorgegeben**, so dass nicht jedes Produkt verwendet werden kann.

Sobald die Einzelheiten zur Vergütung der neuen Leistung und zur Anpassung des EBM sowie zu den verwendbaren Test-Produkten feststehen, werden wir erneut zu dem Thema informieren.

### Neue GOP 01751 für Mammographie-Screening zum 01.10.2016

Für das Aufklärungsgespräch über die Hintergründe, Ziele, Inhalte und Vorgehensweise des Früherkennungsprogramms auf Brustkrebs durch Mammographie-Screening wird zum 01.10.2016 die GOP 01751 in den Abschnitt 1.7.3 des EBM aufgenommen. Die GOP 01751 kann je vollendete fünf Minuten bis zu dreimal im Krankheitsfall berechnet werden und wird wie alle Leistungen des Mammographie-Screenings außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

Bei der **GOP 01750** „Röntgenuntersuchung beider Mammae in zwei Ebenen“ wird im obligaten Leistungsinhalt „Ergänzende ärztliche Aufklärung“ **gestrichen** und weitere Konkretisierungen der Leistungsinhalte vorgenommen. Das Gespräch kann nur vom Programmverantwortlichen Arzt oder von einem durch ihn beauftragten Arzt des Mammographie-Screening-Programms vorgenommen und abgerechnet werden.

### Ergänzung der Abrechnungsrichtlinien der KV Thüringen zum 01.10.2016

Die derzeit gültigen Abrechnungsrichtlinien der KV Thüringen werden mit Wirkung zum 01.10.2016 um **Paragraf 6a** erweitert, welcher Neuregelungen zur Abrechnung von Notfällen durch **nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser** umfasst.

Hintergrund bildet die Präambel zu Kapitel 1.2 EBM, wonach nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser die Kontaktpauschalen nach den **Gebührenordnungspositionen 01210 bis 01218** nur berechnen dürfen, wenn die Erkrankung des Patienten auf Grund ihrer Beschaffenheit einer sofortigen Maßnahme bedarf und die Versorgung durch einen Vertragsarzt entsprechend § 76 SGB V nicht möglich und/oder auf Grund der Umstände nicht vertretbar ist.

Zur besseren Differenzierung derartiger Notfälle wurden notfallrelevante Diagnosen unter Anhang 1 der Abrechnungsrichtlinien der KV Thüringen zusammengestellt, deren Angabe die Abrechnung solcher Notfälle **zweifelsohne begründen. Darüber hinausgehende Notfälle sind nur im Einzelfall und mit gesonderter Begründung abzurechnen.**

In diesem Rundschreiben (siehe „**Amtliche Bekanntmachungen**“) werden zunächst nur der neue Paragraph 6a sowie die Diagnosen-Aufstellung abgebildet. Hinsichtlich der kompletten aktuellen Abrechnungsrichtlinien der KV Thüringen möchten wir auf unser Internetportal unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de) → [Arzt/Psychotherapeuten](#) → [Abrechnung u. Honorar](#) → [Leistungsabrechnung](#) → [Abrechnungsrichtlinien der KVT](#) verweisen.

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

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

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

### Medikationsplan: Vergütung und Regelung im Bundesmantelvertrag vereinbart

Mit Redaktionsschluss dieses Rundschreibens erhielten wir konkretere Informationen zum Medikationsplan ab **01.10.2016**. Die Beschlüsse zu den EBM-Änderungen und zum neuen Paragraph 29a des Bundesmantelvertrages-Ärzte wurden **noch nicht amtlich bekanntgegeben**. Sobald das geschehen ist, werden wir in unserem Internetportal unter „Aktuelle Meldungen“ die Details dazu veröffentlichen.

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

Beachten Sie auch den Artikel auf Seite 5 zum Medikationsplan.

## Verordnung und Wirtschaftlichkeit

### Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie

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

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

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassene Anwendungsgebiete*	Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie*
<b>Empagliflozin</b> (Jardiance®) 01.09.2016  Neufassung – der Beschluss vom 05.02.2015 wird damit aufgehoben.	Erwachsene mit Typ-2-Diabetes mellitus als Mono- oder Kombinationstherapie mit anderen blutzuckersenkenden Arzneimitteln einschließlich Insulin	1. Monotherapie: Ein <b>Zusatznutzen ist nicht belegt.</b> ** 2. Kombinationstherapie: a) Bei Patienten ohne manifeste kardiovaskuläre Erkrankung gibt es einen <b>Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen</b> bei der Kombination mit Metformin. Für andere Kombinationen <b>ist ein Zusatznutzen nicht belegt.</b> b) Bei Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung gibt es einen <b>Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen</b> bei der Kombination mit einem oder zwei blutzuckersenkenden Arzneimitteln einschließlich Insulin.  Die Vergleichstherapien waren Metformin und/oder ein Sulfonylharnstoff und/oder Humaninsulin.
<b>Empagliflozin/ Metformin</b> (Synjardy®) 01.09.2016	Erwachsene mit Typ-2-Diabetes mellitus auch als Kombinationstherapie mit anderen blutzuckersenkenden Arzneimitteln einschließlich Insulin	<b>Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.**</b> Die Vergleichstherapien bei den einzelnen Patientengruppen waren Metformin und/oder ein Sulfonylharnstoff und/oder Humaninsulin.
<b>Ramucirumab</b> (Cyramza®) 01.09.16	Neu zugelassene Anwendungsgebiete: a) metastasiertes Kolorektalkarzinom  b) in Kombination mit Docetaxel bei fortgeschrittenem nicht kleinzelligem Lungenkarzinom	a) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt gegenüber der Kombinationstherapie aus 5-FU plus Folsäure plus Irinotecan. b) <b>Ein Zusatznutzen ist nicht belegt</b> gegenüber verschiedenen Vergleichstherapien.

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

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

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

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

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

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

## Bundeseinheitlicher Medikationsplan ab 01.10.2016

**Patienten, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Medikamente einnehmen beziehungsweise anwenden, sollen ab 01.10.2016 von ihrem Arzt einen für sie verständlichen Medikationsplan erhalten.** Ziel ist es, den Patienten bei der richtigen Einnahme ihrer Medikamente zu unterstützen. Der erstausstellende Arzt ist zur weiteren Aktualisierung verpflichtet. Aktualisierungen durch andere Ärzte und Krankenhäuser sind ebenfalls möglich. Apotheker aktualisieren auf Wunsch des Versicherten.

Zunächst liegt der Medikationsplan in Papierform vor. Das heißt, der Arzt speichert ihn in seiner Praxissoftware ab und druckt ihn für den Patienten aus. Ab 2018 soll er dann auch auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert werden. Ab 2019 müssen dann alle Vertragsärzte und Apotheker in der Lage sein, einen auf der eGK gespeicherten Medikationsplan zu aktualisieren.

**Übergangsweise bis zum 31.03.2017 können vorhandene Medikationspläne der Praxissoftware weiter genutzt werden.** Spätestens ab dem 1. April muss die von der KBV zertifizierte Verordnungssoftware alle Funktionen enthalten, um den bundesweit gültigen Medikationsplan umzusetzen. Das Layout des **ARMIN-Medikationsplans entspricht den Vorgaben des bundeseinheitlichen Medikationsplans.** Für die an ARMIN teilnehmenden Patienten muss also kein zweiter Plan ausgegeben werden.

Einen Frage-Antwort-Katalog der KBV zum Medikationsplan finden Sie in **Anlage 2** dieses Rundschreibens.

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

## Aktuelle Informationen zu Schutzimpfungen

### ▪ **Neue STIKO-Empfehlung veröffentlicht**

Bei der **Indikationsimpfung gegen Pneumokokken** werden Vorgaben zur sequentiellen Impfung gemacht. Außerdem wurden einige Indikationen neu gefasst.

### **Achtung!**

**Im Hinblick auf die Leistungen der GKV gelten die Neuerungen erst, wenn sie vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in die Schutzimpfungs-Richtlinie übernommen werden. Wir informieren Sie dazu erneut im Rundschreiben.**

Darüber hinaus gibt die STIKO nun auch über Hinweise zum Vorgehen bei Impfstoffknappheit und zur Reduktion von Schmerzen und Stress beim Impfen. Die vollständige Empfehlung der STIKO finden Sie in deren Internetportal ([www.stiko.de](http://www.stiko.de)).

### ▪ **Hinweise zur Gripeschutzimpfung**

Das Paul-Ehrlich-Institut stellt auf seiner Internetseite eine Übersicht der Influenza-Impfstoffe mit den Angaben zu der zugelassenen Altersgruppe zur Verfügung ([www.pei.de/influenza-impfstoffe](http://www.pei.de/influenza-impfstoffe)).

Bitte nutzen Sie auch die Praxisinformationen der KBV ([www.kbv.de](http://www.kbv.de)).

### ▪ Masernerkrankungen bei Asylsuchenden

Aus aktuellem Anlass weisen wir Sie auf eine Mitteilung des Robert Koch-Instituts zu einem deutlichen Anstieg der Masernfallzahl unter Asylsuchenden, insbesondere aus Tschetschenien und anderen Republiken des Nordkaukasus, hin (Epidemiologisches Bulletin 31/2016). Auch in Thüringen ist ein erster Masernfall bei einem 7-jährigen Mädchen aus Tschetschenien gemeldet. Inzwischen sind 3 weitere Sekundärfälle hinzugekommen.

Das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (TMASGFF) weist ausdrücklich auf die Beachtung der rechtlichen Grundlagen hin:

- Gemäß Infektionsschutzgesetz (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 IfSG) muss bereits bei einem Verdacht auf Masern das zuständige Gesundheitsamt informiert werden.
- Die namentliche Meldung muss unverzüglich erfolgen (§ 9 Abs. 3 IfSG) und spätestens innerhalb von 24 Stunden nach erlangter Kenntnis dem zuständigen Gesundheitsamt vorliegen. Dies ist notwendig, damit das Gesundheitsamt schnell reagieren und entsprechende Maßnahmen (z. B. Riegelungsimpfungen) ergreifen kann.

Für die Labordiagnose bei einem ersten Verdachtsfall sollte zusätzlich zur Serologie ein Rachenabstrich an das Nationale Referenzlabor am RKI geschickt werden. Dieses stellt auch Entnahmesets zur Verfügung. Asylsuchenden werden unverzüglich nach der Ankunft in der Erstaufnahmestelle Gera im Rahmen der Erstuntersuchung Schutzimpfungen angeboten. Oberste Priorität haben dabei Schutzimpfungen gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen.

### ▪ Impfstoff gegen Meningokokken B jetzt Sprechstundenbedarf

**Seit 01.09.2016 wird der Impfstoff gegen Meningokokken B für die nach der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) benannten Indikationsimpfungen als Sprechstundenbedarf zu Lasten der AOK PLUS bezogen.**

Die Indikationsimpfung Meningokokken B ist **ausschließlich für gesundheitlich gefährdete Personen mit angeborenem oder erworbenem Immundefekt sowie vor Eculizumab-Therapie** gemäß SI-RL vorgesehen.

Für Reiseimpfungen oder Impfungen als Satzungsleistung einzelner Krankenkassen werden alle Impfstoffe, auch gegen Meningokokken B, weiterhin privat verordnet. Danach kann sich ggf. der Patient zwecks Kostenerstattung direkt an seine Krankenkasse wenden.

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

## Heilmittel-Versorgung – Änderungen zum Jahreswechsel

Kosten der Heilmittelverordnungen für Patienten mit Erkrankungen aus der Liste der Praxisbesonderheiten und mit langfristigem Heilmittelbedarf sind in den Richtgrößenprüfungen seit 2013 nicht mehr relevant. Liegt eine Erkrankung mit langfristigem Heilmittelbedarf vor, gilt dies auch für die anderen Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Die beiden Diagnoselisten wurden von den Vertragspartnern auf Bundesebene weiterentwickelt und treten zum 01.01.2017 in Kraft.

Dabei wird die Liste der Praxisbesonderheiten innerhalb der Prüfvereinbarung weitergeführt als „besondere Ordnungsbedarfe“ (BVB). Die Übersicht der Erkrankungen mit langfristigem Heilmittelbedarf wird Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie.

### ▪ Änderung der Heilmittel-Richtlinie

Es erfolgen Ergänzungen und Formulierungsänderungen im Heilmittel-Katalog. Zum Beispiel wird in den Diagnosegruppen LY2 und LY3 auch die 30-minütige manuelle Lymphdrainage verordnungsfähig sein.

Daneben werden im Textteil der Richtlinie Verfahrensregeln für die Beantragung und Anerkennung weiterer schwerer Schädigungen als langfristig behandlungsbedürftig im individuellen Fall aufgenommen (neuer § 8a Heilmittel-Richtlinie).

### ▪ Neue Verordnungs-Formulare

Bei einigen Diagnosen ist für die Anerkennung als Praxisbesonderheit schon jetzt die Spezifizierung mittels eines zweiten ICD-10-Codes erforderlich. Um zukünftig die Identifikation der besonderen Verordnungsbedarfe im Vorfeld einer Wirtschaftlichkeitsprüfung eindeutig sicherzustellen, wird ein zweites elektronisch lesbares ICD-10-Feld auf den Verordnungsformularen angebracht. Die Nutzung dieses zweiten Feldes ist nur notwendig, wenn bestimmte besondere Verordnungsbedarfe geltend gemacht werden sollen, die aus der Kombination zweier Kodierungen bestehen.

Für die Formulare gibt es eine **Stichtagsregelung zum 01.01.2017**. Danach dürfen die alten Formulare nicht mehr verwendet werden.

### ▪ Zertifizierte Software für die Heilmittel-Verordnung

Ebenfalls ab Januar 2017 ist die Nutzung einer von der KBV zertifizierten Software auch für die Verordnung von Heilmitteln vorgesehen. Die Informationen der Heilmittel-Richtlinie und die besonderen Verordnungsbedarfe werden enthalten sein. Die Verordnung selbst kann rascher, ohne Nachschlagen ausgestellt werden, Fehler und unvollständige Verordnungen können vermieden werden. Folgende Inhalte sind u. a. für die Zertifizierung vorgesehen:

- **Voreinstellungen** bestimmter Verordnungsdaten (Hausbesuch, Therapiebericht, Gruppentherapie) können **durch den verordnenden Arzt** vorgenommen werden. Der Anbieter selbst darf diese nicht einstellen. Um den zeitlichen und bürokratischen Aufwand im Rahmen der Verordnung zu verringern, kann der Anwender bestimmte Verordnungsdaten vorbelegen.
- Da auf der Heilmittelverordnung gültige **ICD-10-Kodierungen** anzugeben sind, ist die jeweils **gültige Version** in der Software hinterlegt.
- Die Diagnoselisten der **besonderen Verordnungsbedarfe und des langfristigen Heilmittelbedarfes** sind in der jeweils gültigen Version eingebunden und können angezeigt werden.
- Die **patientenindividuelle Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfes** von der Krankenkasse kann in der Software abgelegt und angezeigt werden. Dabei werden mindestens folgende Informationen erfasst: Patientenbezug, ICD 10-Code, Diagnosegruppe bzw. Indikationsschlüssel, genehmigte Heilmittel, Datum und Zeitraum der Genehmigung.
- Die Verordnungen werden patientenbezogen dokumentiert, dies ist auch in der Patientenakte möglich. Damit kann auf eine **patientenindividuelle Verordnungshistorie** zurückgegriffen werden.
- Zur **Vereinfachung des Verordnungsvorganges bei chronisch kranken Patienten** kann bei Folgeverordnungen oder einer erneuten Verordnung für den gleichen Patienten auf Vorverordnungen zurückgegriffen werden.
- Ist die **Verordnung nicht vollständig ausgefüllt oder enthält sie formale Fehler, erfolgt ein Hinweis** bei Abschluss der Verordnung. Der Arzt hat aber die Möglichkeit auch unvollständig ausgefüllte Verordnungen auszudrucken, da eine handschriftliche Ergänzung in Einzelfällen zulässig ist (z. B. bei Hausbesuchen). Die Angaben im Feld „Diagnose mit Leitsymptomatik ggf. wesentliche Befunde“ sind individuell möglich. Üblicherweise wird hier von der Software der zum ICD-10-Code gehörende Text angegeben. Dies kann gelöscht oder bearbeitet werden, um für den Heilmittelleistungserbringer zusätzliche, für die Behandlung des Patienten wichtige Befunde und Informationen, übermitteln zu können.
- Eine **Auswahl bei der Kennzeichnung Erst-/Folgeverordnung** bzw. Verordnung außerhalb des Regelfalles wird möglich sein. Damit wird z. B. die Einbeziehung von Verordnungen anderer Vertragsärzte in den Behandlungsverlauf ermöglicht.
- Sind für Verordnungen bei langfristigem Heilmittelbedarf oder einem besonderen Verordnungsbedarf **weitere Spezifikationen zu beachten, so wird die Software diese anzeigen und eine Eintragung ermöglichen. Dies betrifft z. B. bestimmte Befundeinschränkungen oder die Angabe eines Akutereignisses.**
- Der Anwender hat die Möglichkeit im Feld „**ggf. Spezifizierung der Therapieziele**“ **individuelle Therapieziele als Freitext einzutragen. Das Feld muss auf der Verordnung nicht zwingend ausgefüllt sein.**

- Zur Steuerung der Heilmittelverordnungen ist es notwendig, dem verordnenden Arzt eine **Übersicht über die veranlassten Heilmittel zu geben. Hierzu wird eine Übersicht aller getätigten Verordnungen insgesamt und pro Patient erstellt. Auswertungen können nach verschiedenen Differenzierungen erfolgen.**
- Die Einbindung der **Vergütungssätze der Heilmittelleistungen ist optional vorgesehen und kann dem Arzt zusätzliche Informationen zu den Verordnungskosten liefern.**

Der vollständige Anforderungskatalog für die Heilmittel-Software wurde im Deutschen Ärzteblatt Heft 24, vom 17.06.2016 veröffentlicht.

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

### Verordnungsdauer bei häuslicher Krankenpflege

Aufgrund häufiger Anfragen zum Vorgehen bei Folgeverordnungen von häuslicher Krankenpflege (HKP) wird an dieser Stelle die Regelung der Richtlinie des G-BA erläutert. Bei einer Erstverordnung soll die Dauer von 14 Tagen nicht überschritten werden. Der Vertragsarzt hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern. Sind Folgeverordnungen notwendig, richtet sich die Dauer nach der unter medizinischen Gesichtspunkten getroffenen ärztlichen Einschätzung. Diese Verordnungen sind nicht quartalsgebunden.

Wir empfehlen Ihnen, regelmäßige Folgeverordnungen nicht zum Quartalswechsel einzuplanen. Durch die Ausstellung der Folgeverordnungen im Quartalsverlauf wird die zeitliche Konzentration sowohl der Verordnungsnachfragen in Ihrer Praxis als auch der Genehmigungsvorgänge in den Krankenkassen vermieden.

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

## Qualitätssicherung

### Hygiene – Ich mag's rein!

#### FAQ's – Fragen aus dem Praxisalltag

#### MRSA – Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus



#### Was muss vor und nach der Behandlung eines MRSA-Patienten beachtet werden?

Nur eingewiesenes und informiertes Praxispersonal sollte mit MRSA-Patienten umgehen. Mitarbeiter mit chronischen Hautveränderungen oder Wunden sollten nicht bei der Behandlung MRSA-positiver Patienten eingesetzt werden. Wenn möglich, sollten MRSA-Patienten zuletzt bei Hausbesuchen versorgt werden. Alle vom Patient berührten Flächen müssen desinfiziert werden. Benutzte Instrumente sind wie nach jeder Verwendung aufzubereiten.

#### Was bedeutet „Einhaltung der Standardhygiene“ in der Arztpraxis im Vergleich mit dem Krankenhaus?

Die hygienische Händedesinfektion ist die wichtigste Maßnahme zur Verhinderung der MRSA-Übertragung. Handschuhe und Mundschutz können erforderlich sein z. B. bei stark hustenden Patienten. Im Krankenhaus muss wegen der Vielzahl schwerkranker Patienten Schutzkleidung getragen werden.

#### Muss vor einer Operation im Krankenhaus ein MRSA-Abstrich durch Kollegen im niedergelassenen Bereich erfolgen?

Sofern ein Krankenhaus vor der stationären Aufnahme eines Patienten ein MRSA-Screening wünscht, kann es dieses Screening selbst durchführen oder einen niedergelassenen Arzt mit der Durchführung beauftragen. Diese von den Vertragsärzten durchgeführten Leistungen sind nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung und können somit nicht zu Lasten der GKV abgerechnet werden. Sofern ein entsprechender Auftrag des Krankenhauses vorliegt, kann der niedergelassene Vertragsarzt die Leistung gegenüber dem Krankenhaus nach GOÄ berechnen.

Kann ein Patient mit positivem MRSA-Abstrich, der kein Risikopatient ist, zu Lasten der GKV behandelt werden?

Nein, es ist keine Abrechnung zu Lasten der GKV möglich.

Wie werden die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.12 EBM im Rahmen von MRSA vergütet?

Die Leistungen werden zu festen Preisen und ohne Mengenbegrenzung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

Quellen: Kompetenzzentrum Patientensicherheit, Kassenärztliche Bundesvereinigung

Ihre Ansprechpartnerin: Jana Schröder, Telefon 03643 559-745

## Disease-Management-Programme

### BARMER GEK und Deutsche BKK fusionieren zur BARMER

Zum 01.01.2017 fusionieren die BARMER GEK und die Deutsche BKK zur BARMER.

**Es ändert sich nichts!** Alle DMP-Teilnehmer bleiben durchgehend im Behandlungsprogramm eingeschrieben. Für den Versicherten wird **keine neue DMP Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE)** erstellt.

Ihre Ansprechpartnerin: Jana Schröder, Telefon 03643 559-745

## Verträge

### Honorarvereinbarung für das Jahr 2016

Das Unterschriftsverfahren für die Honorarvereinbarung 2016 ist abgeschlossen. Sie finden die Vereinbarung unter „**Amtliche Bekanntmachungen**“ in diesem Rundschreiben sowie unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de) → Arzt/Psychoth. → Verträge → H → Honorarvereinbarungen → Honorarvereinbarung für das Jahr 2016.

Die wichtigsten Punkte der Vereinbarung sind:

1. Der regionale **Punktwert** beträgt **10,4361 €-Ct**.
2. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (**MGV**) wird um rund **3,43 Prozent** gesteigert.
3. Die folgenden förderungswürdigen Leistungen aus dem Jahr 2015 werden weitergeführt. Sie werden mit einem Zuschlag von 1,41 €-Ct. auf den regionalen Punktwert vergütet. Dazu gehören:
  - 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).

4. Zur **Förderung der Pauschalen der fachärztlichen Grundversorgung (PFG)** werden (wie auch bereits 2015 erfolgt) Finanzmittel in Höhe von 0,54 Prozent der MGV verwendet. Die Förderung erfolgt in Form eines Punktwertzuschlages auf den regionalen Punktwert der PFG. Hierzu 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).
5. Für das Jahr 2016 stellen die Krankenkassen zusätzliche Mittel in Höhe von 2.953.674 € bereit. Dieser Betrag ist für die **Zahlung von Punktwertzuschlägen** auf folgende Leistungen vorgesehen:
- zusätzliche Stützung bereits geförderter Gesprächsleistungen (GOP 16220, 21220, 14220),
  - Stützung weiterer Gesprächsleistungen (GOP 14222, 23220),
  - Allergie-Diagnostik (GOP 30110, 30111, 30120, 30121, 30123),
  - Chronische Wunde (GOP 02311, 02312, 10330, 10340),
  - Chirurgie nach Hautkrebsscreening (GOP 10341, 10342, 10343, 10344),
  - Steuerung der weiterführenden Diagnostik/Therapie, insbesondere bei Hauttumoren (GOP 07345, 10345, 15345)
  - Leistungen der Sozialpädiatrie (GOP 04355),
  - Gesprächsleistungen der Psychosomatischen Medizin (GOP 22220, 22221),
  - zusätzliche Förderung konservativ tätiger Augenärzte in Form einer Aufstockung des Punktwertzuschlages für die augenärztliche Strukturpauschale GOP 06225 in Höhe von 0,19 €-Cent/Punkt (Differenzbetrag von 1,41 €-Cent auf 1,6 €-Cent).
6. Die bisher vereinbarten **Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung** werden weitergeführt. Sie sind in den Anlagen 2 und 3 der Honorarvereinbarung enthalten. Ab 2016 wurden weitere neue extrabudgetäre Leistungen aufgenommen:

- weitere Narkosen bei zahnärztlichen Behandlungen bereichseigener Ärzte GOP 05210, 05211, 05212, 05230, 05340 und 05341,
- PET und PET/CT Abschnitt 34.7 EBM GOP 34700, 34701, 34702, 34703 sowie Kostenpauschale 40584 EBM,
- Soziotherapie Abschnitt 30.8 EBM GOP 30800, 30810 und 30811 (gültig ab 01.04.2016),
- 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 19451, 19452, 19453, 19454 und 19456 GOP 32865, 32911 (gültig ab 01.07.2016),
- Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung gemäß § 118a SGB V Abschnitt 30.13 EBM GOP 30980, 30981, 30984, 30985, 30986 und 30988 (gültig ab 01.07.2016),
- Kooperations- und Koordinationsleistungen im Pflegeheim gemäß Anlage 27 BMV-Ä Kapitel 37 EBM GOP 37100, 37102, 37105, 37113, 37120 (gültig ab 01.07.2016),
- Delegationsfähige Leistungen Kapitel 38 EBM GOP 38200, 38205 (gültig ab 01.07.2016)

7. **Zur Anschubfinanzierung bzw. zur Unterstützung von Fusionen** von Bereitschaftsdienstpraxen und Notfallambulanzen an Krankenhausstandorten (Triage-System) sowie zur **Optimierung bestehender Notdienststrukturen** in Thüringen wird für das Jahr 2016 ein Betrag in Höhe von **1,5 Mio. Euro** zur Verfügung gestellt.

Ihre Ansprechpartner in der Hauptabteilung

- Vertragswesen, Telefon 03643 559-131
- Abrechnung, Gruppenleiter Ihrer Fachgruppe (siehe Tabelle auf S. 3 dieses Rundschreibens)

## **Aktualisierte Listen der teilnehmenden BKKn an Thüringer Sonderverträgen**

In folgenden Anlagen dieses Rundschreibens sind für das 4. Quartal 2016 die Betriebskrankenkassen aufgeführt, die an den zwischen dem BKK Landesverband Mitte und der KV Thüringen geschlossenen Sonderverträgen teilnehmen:

- **Anlage 4:** Hausarztzentrierte Versorgung, ab 01.01.2008,
- **Anlage 5:** Hautkrebsvorsorge-Verfahren, ab 01.10.2014,
- **Anlage 6:** Starke Kids Thüringen, ab 01.10.2012.

Ihr Ansprechpartner: Frank Weinert, Telefon 03643 559-136

## **Übersicht der an dem IV-Vertrag „Hallo Baby“ teilnehmenden Betriebskrankenkassen und teilnehmenden stationären Einrichtungen**

Der BKK Landesverband Mitte hat uns die am IV-Vertrag „Hallo Baby“ teilnehmenden Betriebskrankenkassen (inkl. der Betriebskrankenkassen, die an der Zusatzvereinbarung Sonographie teilnehmen) sowie die Perinatalzentren/geburtshilflich-neonatologischen Schwerpunktkrankenhäuser für das **4. Quartal 2016** mitgeteilt. Die Übersicht ist diesem Rundschreiben (siehe **Anlage 7**) beigelegt.

Ihre Ansprechpartnerin: Carmen Schellhardt, Telefon 03643 559-134

## Ärztliche Selbstverwaltung

### Vertreterversammlung der KV Thüringen beschließt Leitbild

Die Vertreterversammlung hat ein Leitbild für die KV Thüringen beschlossen. 27 der 28 Vertreter der Thüringer Vertragsärzte und -psychotherapeuten stimmten für das Dokument, einer enthielt sich der Stimme. Im Mittelpunkt des Leitbildes steht die Gemeinsame Interessenvertretung aller ambulant tätigen Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten in Thüringen durch die KV. Als Kern der Arbeit der Ärzte und Psychotherapeuten wird die wohnortnahe Versorgung der Patienten definiert, unter besonderer Berücksichtigung der erhöhten Morbidität der Bevölkerung in Thüringen.

Die KV bekennt sich in ihrem Leitbild ferner zum Status der Freiberuflichkeit als besonderes Kennzeichen ärztlicher Tätigkeit, zu kollegialem und respektvollem Umgang der Mitglieder miteinander und zur Transparenz in den Entscheidungen der Selbstverwaltung. Themen sind außerdem die Förderung des beruflichen Nachwuchses, Qualität und Fortbildung sowie die Beschränkung der Bürokratie auf das notwendige Maß.

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. med. Andreas Jordan, hatte zu Beginn den Diskussionsprozess beschrieben, der zu dem Leitbild führte. Die Debatte hatte auf der Klausurtagung 2014 in Weimar begonnen. Teil war eine Mitgliederbefragung im Herbst 2015 gewesen. Von dort schlug Herr Dr. Jordan einen Bogen zur diesjährigen KV-Wahl in Thüringen, bei der in diesem Jahr so viele Kandidaten antraten, wie noch nie bei einer Wahl zur Vertreterversammlung: „Viele Kolleginnen und Kollegen aus den unterschiedlichen Versorgungs- und Fachbereichen dokumentieren damit, dass sie aktiv bei der Weiterentwicklung der ärztlichen Selbstverwaltung mitwirken wollen“, sagte er. Das Leitbild im Wortlaut finden Sie auf [www.kvt.de](http://www.kvt.de) und auf der letzten Seite dieses Rundschreibens.

#### ▪ Rommel fordert Neuorientierung der KBV

Die 1. Vorsitzende des Vorstandes der KV Thüringen, Dr. med. Annette Rommel, zog in der Vertreterversammlung eine positive Gesamtbilanz der zu Ende gehenden Wahlperiode in Thüringen. Sie verwies auf die Honorarzuwächse der vergangenen fünf Jahre: bei den Hausärzten um 15,9 Prozent, bei den Fachärzten um 15,6 Prozent und bei den Psychotherapeuten um 14,49 Prozent. Dies sei vor allem durch eine konstruktive Verhandlungsführung mit den Kassen im Land erreicht worden. Innerhalb der KV Thüringen seien die gemeinsamen Interessen aller Mitglieder in den Mittelpunkt der Arbeit gerückt: „Es ist uns gelungen, insbesondere in den letzten vier Jahren, die Arbeit der Vertreterversammlung auf ihre Kernkompetenzen zu konzentrieren, konstruktive und sachliche Diskussionen zu führen und Kompromisse zum Nutzen aller in schwierigen Abstimmungen zu finden.“

Frau Dr. Rommel kritisierte die wiederholten Versuche der Bundespolitik, durch immer neue gesetzliche Regelungen die ärztliche Selbstverwaltung zu schwächen: „Der Schaden für die Gesellschaft, den eine solche Politik zur Folge hat, ist bis dato nicht abschätzbar“, sagte sie wörtlich. Kritik übte sie auch an einer Reihe von EBM-Änderungen, die die Abrechnungsmöglichkeiten der Thüringer Ärzte verkomplizieren. Mit Blick auf die Bundesebene der ärztlichen Selbstverwaltung brachte sie den Wunsch zum Ausdruck, dass die Neubesetzung der KBV-Vertreterversammlung und Wahl des KBV-Vorstandes zu einer Neuorientierung der gesamten KBV führen werden.

#### ▪ Schröter: Ernüchternde Zwischenbilanz der Honorarverhandlungen für 2017

Der 2. Vorsitzende des Vorstandes, Dr. med. Thomas Schröter, zog eine ernüchternde Zwischenbilanz der bundesweiten Honorarverhandlungen für 2017. Wenn es nach den Krankenkassen ginge, würde es bei der Steigerung des Orientierungspunktwertes eine Nullrunde geben, sagte er. Insgesamt sei mit einer geringen Zuwachsrate der MGV und EGV zu rechnen. Deshalb sei jetzt der Erweiterte Bewertungsausschuss angerufen worden.

Herr Dr. Schröter kritisierte außerdem Konstruktionsfehler in den Regelungen zur Delegation von Leistungen im fachärztlichen Bereich („NäPA für alle“). Beim Thema ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) verwies er auf Fortschritte und bat die in Frage kommenden Ärzte, die Möglichkeit einer Teilnahme aktiv zu prüfen. Außerdem zog er eine Zwischenbilanz der Verhandlungen über Portalpraxen zur besseren Steuerung von Notdienstpatienten: Hier arbeite die KV mit Kassen und Krankenhäusern an einer landesweiten Rahmenvereinbarung und Pilotprojekten.

Sowohl Frau Dr. Rommel als auch Herr Dr. Schröter brachten zum Ausdruck, dass sie bereit sind, in der KV Thüringen weiter Verantwortung zu übernehmen.

#### ▪ Abrechnungsergebnisse für das 1. Quartal 2016

Der Leiter der Stabsstelle Grundsatzfragen/EBM, Stefan Turk, stellte die Abrechnungsergebnisse für das 1. Quartal 2016 vor. Zum wiederholten Male verwies er dabei auf den gestiegenen Leistungsbedarf bei Haus- und Kinderärzten und die daraus resultierenden Auswirkungen auf das Honorar.

#### ▪ Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab

Der Hauptgeschäftsführer der KV Thüringen, Sven Auerswald, berichtete über die Benehmensherstellung mit den Landesverbänden der Kassen über die Beschlüsse vorangegangener Vertreterversammlungen. Ein Beschluss der Vertreterversammlung war nicht nötig.

Die Vertreterversammlung diskutierte anschließend über Möglichkeiten zur Stützung konventioneller Röntgenleistungen. Zur Debatte standen zwei Anträge. Kern beider war eine Neuregelung zu Leistungen, die im Rahmen von Ermächtigungen erbracht werden. Diese sollten nicht mehr zu 100 Prozent vergütet werden, sondern zum gleichen prozentualen Wert, wie andere Leistungen der jeweiligen Fachgruppe. Mit dem auf diese Weise erlösten Geld sollten konventionelle Röntgenleistungen vorläufig gestützt werden. Grundsätzliches Ziel war es, später in Verhandlungen mit den Kassen diese Leistungen besser zu stellen. Nach langer, kontroverser Debatte fand keiner der beiden Anträge eine Mehrheit. Damit endete ein rund ein Jahr währender Versuch, eine einheitliche Vergütung konventioneller Röntgenleistungen zu erreichen sowie eine Stützung von CT-, MRT- und nuklearmedizinischen Leistungen in der Honorarverteilung zu verankern.

Die Idee, die Vergütung von Leistungen im Rahmen von Ermächtigungen neu zu regeln, war anschließend Gegenstand eines Initiativantrages des Mitgliedes der Vertreterversammlung, Dipl.-Med. Ingo Menzel. Dieser Antrag wurde von der Vertreterversammlung mit großer Mehrheit angenommen. Nachzulesen unter „Amtliche Bekanntmachungen“ in diesem Rundschreiben.

Einstimmig verabschiedete die Vertreterversammlung neue Regelungen für Kooperationsformen. Außerdem wurden HVM-Veränderungen über Leistungen des Genetischen Labors beschlossen. Auch diese können den „Amtlichen Bekanntmachungen“ in diesem Rundschreiben entnommen werden.

#### ▪ Weiterbildungsfonds zur Förderung des Berufsnachwuchses

Zur Förderung des beruflichen Nachwuchses beschloss die Vertreterversammlung, einen Weiterbildungsfonds einzurichten. Er löst den früheren Sicherstellungsfonds ab und ist ein Sonderposten zur Weiterbildungsförderung im Verwaltungshaushalt. Aus dem Weiterbildungsfonds werden künftig die Förderung der allgemeinmedizinischen Facharztweiterbildung, das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin und die Förderung der fachärztlichen Weiterbildung finanziert, zu der die KV gesetzlich verpflichtet ist.

Der Strukturfonds nach § 105 SGB V bleibt erhalten. In diesen Fonds fließen jährlich 0,1 Prozent der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie noch einmal dieselbe Summe von den Kassen. Mit diesem Geld werden entsprechend den Beschlüssen des Landesausschusses in Gebieten mit bestehender oder drohender Unterversorgung Praxisneugründungen, die Übernahme bestehender Vertragsarztsitze sowie Zweigpraxen gefördert. Außerdem werden Stipendien für die Aus- und Weiterbildung, der Ärztescout, Sicherstellungsassistenten, die Ausschreibung von Vertragsarztsitzen sowie die freiwillige Förderung der fachärztlichen Weiterbildung über das gesetzlich geforderte Maß hinaus mit Mitteln des Strukturfonds gefördert. Sonstige Sicherstellungsmaßnahmen, wie z. B. Eigeneinrichtungen, können schließlich mit Mitteln aus dem Verwaltungshaushalt der KV gefördert werden.

### BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beschließt auf Empfehlung des Vorstandes Änderungen des Sicherstellungsstatutes der KV Thüringen. Die Änderungen sollen zum 01.01.2017 in Kraft treten.

*Der Beschluss ergeht mit einer Gegenstimme und einer Stimmenthaltung.*

### ▪ **Änderung der Notdienstordnung**

Die Vertreterversammlung beschloss mehrere Veränderungen in der Notdienstordnung. Im Mittelpunkt stand die Umsetzung einer Entscheidung des Bundessozialgerichts, nach der Ärzte im Umfang ihrer Tätigkeit zum Notdienst eingeteilt werden müssen. Demnach müssten Ärzte, die nur einen Teil eines Vertragsarztsitzes inne haben, seltener Notdienst verrichten. Die KV ist zur Umsetzung dieser höchstrichterlichen Entscheidung verpflichtet. Weitere Veränderungen betreffen Fahrdienstesätze, den Hintergrunddienst und die verpflichtende Meldung zu Dienstbeginn.

Die Änderungen der Notdienstordnung werden im nächsten Rundschreiben 10/2016 veröffentlicht.

#### **BESCHLUSS**

Die Vertreterversammlung beschließt auf Empfehlung des Vorstandes Änderungen der Notdienstordnung der KV Thüringen. Die Änderungen sollen zum 01.01.2017 in Kraft treten.

*Der Beschluss ergeht mit einer Gegenstimme und drei Stimmenthaltungen.*

### ▪ **Präsenzpfllichten, Erreichbarkeit der Praxen, Terminservicestelle**

In einem im Ergebnis der Klausurtagung anberaumten Tagesordnungspunkt diskutierte die Vertreterversammlung über Präsenzpfllichten der Ärzte und Psychotherapeuten, über Erreichbarkeit der Praxen und über die Zusammenarbeit der Ärzte mit der Terminservicestelle. Dazu wurden zwei Beschlüsse gefasst. Zum einen forderte die Vertreterversammlung den Vorstand auf, ein gestuftes Verfahren zum Umgang mit Kollegen zu entwickeln, die keine Termine an die Terminservicestelle melden.

#### **BESCHLUSS**

Der Vorstand wird beauftragt, bis zur nächsten Vertreterversammlung ein Konzept vorzulegen, wie mit Kollegen umgegangen wird, die keine Termine an die Terminservicestelle melden. Dabei wird ein gestuftes Verfahren angestrebt, um den betroffenen Kollegen die Notwendigkeit dieser Maßnahme angemessen zu verdeutlichen.

*Der Beschluss ergeht mit einer Stimmenthaltung.*

Zum anderen forderte die Vertreterversammlung den Vorstand auf, von jedem Arzt und Psychotherapeuten die gewünschte Form der Erreichbarkeit (Telefon, Telefax, E-Mail) abzufragen und für den Fall der Nichterreichbarkeit Sanktionen vorzuschlagen.

#### **BESCHLUSS**

Die Vertreterversammlung hält die Erreichbarkeit der Ärzte und Psychotherapeuten durch die KV für absolut erforderlich. Der Vorstand wird beauftragt, von jedem Arzt oder Psychotherapeuten die individuell gewünschte Form der Erreichbarkeit abzufragen, vorgeschlagen wird die Wahl zwischen Telefon, Telefax, E-Mail, die verbindlich an die KV mitzuteilen ist. Im Fall der Nichteinhaltung der Meldung an die KV bzw. die wiederholte Nichterreichbarkeit werden Sanktionsmaßnahmen vorgeschlagen.

*Der Beschluss ergeht mit einer Stimmenthaltung.*

Die nächste Vertreterversammlung findet am 09.11.2016 in Weimar statt.



### Termine zur Abrechnungsannahme für das 3. Quartal 2016

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

**01.10. bis 10.10.2016**

Das Mitgliederportal KVTOP ist ausschließlich über das Sichere Netz der KVen (Zugang via KV-SafeNet) zu erreichen.

Sie können die Abrechnungsdatei auch vor dem 01.10.2016 einreichen und müssen dies der KV Thüringen auch nicht melden. Bitte beachten Sie jedoch, dass bei Einreichungen vor den o. g. Terminen der vollständige Betrieb des Portals nicht rund um die Uhr gewährleistet werden kann.

Ihre Ansprechpartner für die Übermittlung mittels KV-SafeNet: Sven Dickert, Telefon 03643 559-109  
Mandy Seitz, Telefon 03643 559-115

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

<b>Dienstag bis Freitag</b>	<b>04.10.2016 bis 07.10.2016</b>	<b>08:00 – 17:00 Uhr</b>
<b>Montag</b>	<b>10.10.2016</b>	<b>08:00 – 17:00 Uhr</b>

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

#### Achtung!

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

Ihre Ansprechpartnerin bei Verlängerung der Abgabefrist: Katrin Kießling,  
Telefon: 03643 559-422, Telefax: 03643 559-491  
E-Mail: [abrechnung@kvt.de](mailto:abrechnung@kvt.de)



Eine Kooperation von  
Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Landesärztekammer Thüringen  
Landeskrankengesellschaft Thüringen

### Einführungsseminar „Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin“

**Veranstaltungstermin:** Freitag, 28.10.2016, 13:00 Uhr – 17:00 Uhr  
Für Getränke und einen kleinen Imbiss ist gesorgt.

**Veranstaltungsort:** Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Das Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin besteht aus einem Seminar- und Mentoringprogramm für Ärzte/innen in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Das Einführungsseminar ist **kostenfrei**. Danach entscheiden Sie, ob Sie an dem Weiterbildungskolleg weiterhin teilnehmen möchten.

Die Seminare beinhalten allgemeinmedizinisch relevante Themen für den beruflichen Alltag und für die Facharztprüfung. Die Dozenten sind erfahrene Fachärzte.

Das Anmeldeformular finden Sie unter [www.hausarzt-werden-in-thueringen.de](http://www.hausarzt-werden-in-thueringen.de).

Eine Kinderbetreuung während des Seminars ist möglich.

## Fortbildungen und Veranstaltungen in Thüringen

### Wissenschaftliches Symposium 2016 in Bad Tennstedt

WANN? **Mittwoch, 02.11.2016, 14:00 Uhr – 18:00 Uhr**  
 WO? MEDIAN Klinik Bad Tennstedt, Rehabilitationsklinik für Orthopädie und Neurologie,  
 Fachkrankenhaus für Neurologische Frührehabilitation,  
 Querschnittgelähmten-Zentrum (DMGP), Badeweg 2, 99955 Bad Tennstedt

Es werden Themen aus den neurologischen, paraplegiologischen und orthopädischen Fachgebieten besprochen.

Programm:

- Update: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalles, Dr. Albrecht Günther, Universitätsklinikum Jena
- Operative Versorgung der Wirbelsäulenmetastasen, Dr. Ali Ezzati, HELIOS Klinikum Erfurt
- Sepsis – Ein Update, Prof. Dr. Andreas Meier-Hellmann, HELIOS Klinikum Erfurt
- Der Schulterschmerz – Differentialdiagnose und Therapiemöglichkeiten, Prof. Dr. Olaf Kilian, Zentralklinik Bad Berka
- Gehen mit Querschnittlähmung – Utopie oder Wirklichkeit?, Dr. Helgrit Marz-Loose, MEDIAN Klinik Bad Tennstedt, Robert Lewis – Fa. Rewalk

Anmeldung: Mandy Bärwolf, Sekretariat Chefärztin,  
 Telefon 036041 35-642, Telefax 036041 35-503  
 E-Mail [mandy.baerwolf@median-kliniken.de](mailto:mandy.baerwolf@median-kliniken.de)

### Thüringer Tag der Allgemeinmedizin in Jena

WANN? Samstag, 12.11.2016, 08:00–15:30 Uhr  
 WO? Universitätsklinikum Jena, Erlanger Allee 101, 07747 Jena, Hörsaalbereich

Online-Anmeldung: ausschließlich online unter folgendem Link: <http://tinyurl.com/TTdA2016>

Programm: [www.allgemeinmedizin.uni-jena.de](http://www.allgemeinmedizin.uni-jena.de)

Es werden verschiedene Workshops für Hausärzte, Ärzte in Weiterbildung und nichtärztliches Praxispersonal angeboten.

Für die Veranstaltung werden Fortbildungspunkte bei der Landesärztekammer Thüringen beantragt.

### Fortbildungsveranstaltungen der KV Thüringen

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 05.10.2016, 13:00–19:00 Uhr	Änderungen und Neuerungen QEP 7 Punkte, Kategorie A	Christel Mellenthin, Geschäftsführerin und Managementberaterin (Gesund- heitswesen), Healthcare Management Institut, Chorin	Praxispersonal, Psychotherap., Vertragsärzte  120,00 €
Mittwoch, 05.10.2016, 14:00–18:00 Uhr	<b>Veranstaltung ist ausgebucht.</b> Arbeitssicherheit und Brandschutz in der Arztpraxis  5 Punkte, Kategorie A	Dipl.-Ing. (FH) Ralf Klaschka, Sicher- heitsingenieur, Katja Saalfrank – Praxis- management, Selbitz	Praxispersonal, Psychotherap., Vertragsärzte  45,00 €

## Terminkalender

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 05.10.2016, 14:00–18:00 Uhr	Verordnung enteraler und parenteraler Ernährung  5 Punkte, Kategorie A	Dr. med. habil. Editha Kniepert, Leiterin der Hauptabteilung Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung der KV Thüringen  Dr. med. Jens Putziger, Ernährungsmediziner der DGEM, Facharzt Für Chirurgie, Fuldabrück	Vertragsärzte  Kostenfrei
Mittwoch, 05.10.2016, 15:00–18:00 Uhr	<b>Terminverschiebung</b> EBM für Neueinsteiger – fachärztlicher Versorgungsbereich	Steffen Göhring, Leiter der Hauptabteilung Abrechnung der KV Thüringen	Vertragsärzte  Kostenfrei
Freitag, <del>30.09.2016,</del> <del>15:00–18:00 Uhr</del>	5 Punkte, Kategorie C		
Freitag, 07.10.2016, 15:00–19:00 Uhr	Zeit- und Selbstmanagement für Praxispersonal	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, institut salus medici, Berlin	Praxispersonal  45,00 €
Freitag, 07.10.2016, 15:00–19:00 Uhr	Seminar zum Beratungsprogramm des Praxispersonals – Großmutter altbewährte Hausmittel neu entdeckt (Workshop), Teil 1	Birgit Lotze, Naturheilkundliche Ernährungsberaterin, Kneipp-Beraterin, Bad Frankenhausen	Praxispersonal  50,00 €
Freitag, 14.10.2016, 14:00–19:00 Uhr	Crashkurs Medical English im Umgang mit englisch sprechenden Flüchtlingen und Asylbewerbern für Praxispersonal	Julia Sieber, Ausbildung der Universität Cambridge zum Englischunterricht für Erwachsene, Sprachenzentrum Friedrich-Schiller-Universität, Jena	Praxispersonal  45,00 €
Mittwoch, 26.10.2016, 14:00–19:00 Uhr	Crashkurs Medical English im Umgang mit englisch sprechenden Flüchtlingen und Asylbewerbern für Praxispersonal	Julia Sieber, Ausbildung der Universität Cambridge zum Englischunterricht für Erwachsene, Sprachenzentrum Friedrich-Schiller-Universität, Jena	Praxispersonal  45,00 €
Mittwoch, 26.10.2016, 14:00–16:15 Uhr	Englisch für Praxispersonal (1. Termin) <u>Weitere Termine:</u> Mittwoch, 02.11.2016, 14:00–16:15 Uhr Mittwoch, 09.11.2016, 14:00–16:15 Uhr Mittwoch, 16.11.2016, 14:00–16:15 Uhr Mittwoch, 23.11.2016, 14:00–16:15 Uhr Mittwoch, 30.11.2016, 14:00–16:15 Uhr Mittwoch, 07.12.2016, 14:00–16:15 Uhr Mittwoch, 14.12.2016, 14:00–16:15 Uhr Mittwoch, 21.12.2016, 14:00–16:15 Uhr Mittwoch, 04.01.2017, 14:00–16:15 Uhr	Jutta Barz-Hotz, Diplom-Übersetzerin und Berufspädagogin, ERWS UG (h.b.), Erfurt	Praxispersonal  79,50 € für alle Termine
Mittwoch, 26.10.2016, 14:00–18:00 Uhr	Verordnungsmanagement in der vertragsärztlichen Praxis für Praxispersonal (Grundkurs)	Bettina Pfeiffer, Mitarbeiterin der Abteilung Verordnungsberatung der KVT, Weimar	Praxispersonal  Kostenfrei
Mittwoch, 26.10.2016, 15:00–19:00 Uhr	Wartezeiten- und Terminmanagement	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, institut salus medici, Berlin	Praxispersonal, Psychotherap., Vertragsärzte  45,00 €
Mittwoch, 26.10.2016, 15:00–17:30 Uhr	Der Honorarbescheid  3 Punkte, Kategorie A	Christina König, Leiterin der Abteilung Honorare/Widersprüche der KVT, Weimar	Psychotherap., Vertragsärzte  Kostenfrei

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 26.10.2016, 15:00–18:00 Uhr	Rechtliche Aspekte für Vertragsärzte im Praxisalltag und in der Patientenbetreuung  3 Punkte, Kategorie A	Ass. jur. Sabine Zollweg, Mitarbeiterin Justitiariat der KV Thüringen	Vertragsärzte  Kostenfrei
Mittwoch, 26.10.2016, 15:00–18:00 Uhr	Recht für Psychotherapeuten leicht gemacht  4 Punkte, Kategorie C1	Ass. jur. Franziska Körting, Mitarbeiterin Justitiariat der KV Thüringen	Psychotherap.  Kostenfrei
Mittwoch, 26.10.2016, 16:30–18:45 Uhr	Englisch für Ärzte (1. Termin)  <u>Weitere Termine:</u> Mittwoch, 02.11.2016, 16:30–18:45 Uhr Mittwoch, 09.11.2016, 16:30–18:45 Uhr Mittwoch, 16.11.2016, 16:30–18:45 Uhr Mittwoch, 23.11.2016, 16:30–18:45 Uhr Mittwoch, 30.11.2016, 16:30–18:45 Uhr Mittwoch, 07.12.2016, 16:30–18:45 Uhr Mittwoch, 14.12.2016, 16:30–18:45 Uhr Mittwoch, 21.12.2016, 16:30–18:45 Uhr Mittwoch, 04.01.2017, 16:30–18:45 Uhr	Jutta Barz-Hotz, Diplom-Übersetzerin und Berufspädagogin, ERWS UG (h.b.), Erfurt	Psychotherap., Vertragsärzte  95,00 € für alle Termine
Freitag, 28.10.2016, 14:00–19:00 Uhr	Crashkurs Medical English im Umgang mit englisch sprechenden Flüchtlingen und Asylbewerbern für Ärzte  8 Punkte, Kategorie C	Julia Sieber, Ausbildung der Universität Cambridge zum Englischunterricht für Erwachsene, Sprachenzentrum Friedrich-Schiller-Universität, Jena	Psychotherap., Vertragsärzte  45,00 €
Mittwoch, 02.11.2016, 13:30–18:00 Uhr	QM-Beauftragte in der Arztpraxis	Christel Mellenthin, Geschäftsführerin und Managementberaterin (Gesundheitswesen), Healthcare Management Institut, Chorin	Praxispersonal  45,00 €
Mittwoch, 02.11.2016, 14:00–19:00 Uhr	Fit am Empfang – Der erste Eindruck zählt	Dipl.-Betriebsw. (FH) Andreas Schaupp, Berater und Trainer im Gesundheitswesen, lizenzierter QEP-Trainer, Geschäftsführer der DeltaMed Süd GmbH & Co. KG, Ludwigsburg	Praxispersonal  45,00 €
Mittwoch, 02.11.2016, 15:00–19:00 Uhr	NLP: Effektiver Weg zur Veränderung  5 Punkte, Kategorie A	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainerin, Beraterin, Coach, Mediatorin, Kranichfeld	Praxispersonal, Psychotherap., Vertragsärzte  45,00 €
Mittwoch, 02.11.2016, 15:00–19:00 Uhr	Excel 2010 (Grundkurs)	Dipl.-Math. oec. Stephan Büchner, Mitarbeiter der Abteilung Kostenträger/ Statistik der KV Thüringen	Praxispersonal, Psychotherap., Vertragsärzte  45,00 €
Freitag, 04.11.2016, 14:00–19:00 Uhr	Einarbeitung neuer Praxis-Mitarbeiter	Katja Saalfrank, Praxismanagement und -beratung, Selbitz	Praxispersonal, Psychotherap., Vertragsärzte  45,00 €
Freitag, 04.11.2016, 14:00–18:00 Uhr	7. Gemeinsame Auftaktveranstaltung Medikationsmanagement Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen (ARMIN)  5 Punkte, Kategorie A	Dr. med. Annette Rommel, 1. Vorsitzende der KV Thüringen  Andreas Fuchs, Beratungsapotheker der AOK PLUS  Stefan Fink, Vorsitzender des Thüringer Apothekerverbandes	ARMIN-Teilnehmer und andere interessierte Ärzte  Kostenfrei

## Terminkalender

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Freitag, 04.11.2016, 14:00–17:00 Uhr	EBM für Fortgeschrittene – hausärztlicher Versorgungsbereich  5 Punkte, Kategorie C	Steffen Göhring, Leiter der Hauptabtei- lung Abrechnung der KV Thüringen	Praxispersonal, Vertragsärzte  Kostenfrei
Freitag, 04.11.2016, 15:00–19:00 Uhr	Seminar zum Beratungsprogramm des Praxispersonals – Großmutter's altbewährte Hausmittel neu entdeckt (Workshop), Teil 2	Birgit Lotze, Naturheilkundliche Ernäh- rungsberaterin, Kneipp-Beraterin, Bad Frankenhausen	Praxispersonal  50,00 €
Freitag, 04.11.2016, 15:00–19:00 Uhr	Risiko- und Sicherheitsmanagement im QM-System  5 Punkte, Kategorie A	Christel Mellenthin, Geschäftsführerin und Managementberaterin (Gesund- heitswesen), Healthcare Management Institut, Chorin	Praxispersonal, Vertragsärzte  45,00 €
Samstag, 05.11.2016, 09:00–17:00 Uhr	<b>Veranstaltung ist ausgebucht.</b>  Fortbildungsseminar zum Fortbildungs- programm Hautkrebs-Screening  10 Punkte, Kategorie C	Dr. med. Annette Geyer, Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Greiz  Dipl.-Med. Silke Vonau, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Nahetal-Waldau	Vertragsärzte  150,00 €
Mittwoch, 09.11.2016, 15:00–18:00 Uhr	<b>Veranstaltung ist ausgebucht.</b>  Einstiegsseminar zur Leistungsabrech- nung für Ärzte (Neueinsteiger)  4 Punkte, Kategorie A	Liane Barthel, Mitarbeiterin der Ab- teilung Leistungsabrechnung der KV Thüringen	Vertragsärzte  Kostenfrei
Mittwoch, 09.11.2016, 15:00–18:00 Uhr	<b>Veranstaltung ist ausgebucht.</b>  Schweigepflicht, Datenschutz und digi- tale Archivierung in der Arztpraxis  3 Punkte, Kategorie A	Nico Nolte, Mitarbeiter der Abteilung Honorare/Widersprüche, zertifizierter Datenschutzbeauftragter im Gesund- heitswesen und Datenschutzbeauftrag- ter der KV Thüringen	Praxispersonal, Psychotherap., Vertragsärzte  45,00 €
Mittwoch, 09.11.2016, 15:00–18:00 Uhr	Praxiswebsite und Online-Marketing	Dr. med. Christine Trutt-Ibing, Weben- twicklerin und Internet-Redakteurin, CTI Internetlösungen für Ärzte, Künzell	Psychotherap., Vertragsärzte  45,00 €
Mittwoch, 09.11.2016, 15:00–19:00 Uhr	<b>Veranstaltungsort:</b> <b>apoBank Filiale Jena</b> <b>Löbdergraben 29, 07743 Jena</b>  Errichtung eines Medizinischen Versor- gungszentrums – Gründungsvorausset- zungen und Umsetzung der Errichtung	Dr. med. Volker Kielstein, Facharzt für Allgemeinmedizin, Dr. med. Kielstein Ambulante Medizinische Versorgung GmbH, Erfurt/Jena  Dr. jur. Walter Schwarz, Steuerberater und Fachanwalt für Steuerrecht, Kanz- lei Dr. Schwarz & Partner, Kahla	Psychotherap., Vertragsärzte  45,00 €
Mittwoch, 09.11.2016, 15:00–19:00 Uhr	<b>Veranstaltung ist ausgebucht.</b>  Finanzbuchhaltung – Soll und Haben fest im Griff (Aufbaukurs)  7 Punkte, Kategorie C	Dipl.-Ök. Sabina Surrey, Gotha	Praxispersonal, Psychotherap., Vertragsärzte  45,00 €
Freitag, 11.11.2016, 14:00–19:30 Uhr	Qualitätsmanagement in Arztpraxen – Einführungsseminar zu Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP)	Christel Mellenthin, Geschäftsführerin und Managementberaterin (Gesund- heitswesen), Healthcare Management Institut, Chorin	Praxispersonal, Psychotherap., Vertragsärzte  250,00 €
Samstag, 12.11.2016, 08:30–15:45 Uhr	14 Punkte, Kategorie H		
Freitag, 11.11.2016, 15:00–19:00 Uhr	Sag nicht „Ja“, wenn Du „Nein“ denkst	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, insti- tut salus medici, Berlin	Praxispersonal  45,00 €

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Samstag, 12.11.2016, 09:00–15:00 Uhr	Burnoutprophylaxe für Praxispersonal	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, Institut salus medici, Berlin	Praxispersonal 80,00 €

Die Teilnahme an den angebotenen Schulungen ist nur nach vorheriger schriftlicher Anmeldung möglich. Das **Anmeldeformular** finden Sie stets in der Beilage „Interessante Fortbildungsveranstaltungen“ (Gelbes Blatt) und im Internet unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de). Bitte senden Sie uns das Formular per Telefax an 03643 559-229 oder buchen Sie Ihr Seminar einfach online über unseren Fortbildungskalender.

Freie Kapazitäten können Sie auf unserer Internetseite im Fortbildungskalender einsehen.

### Kinderbetreuungsangebot

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

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

## Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen

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

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

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

Termine: 1. Teil: 30.09.–01.10.2016  
2. Teil: 14.10.–15.10.2016  
Ort: Universitätsklinikum, Am Klinikum 1, 07747 Jena  
Leitung: Dr. med. Ute Helke Dobermann, Prof. Dr. med. Wolfgang Pfister, Dr. med. Stefan Hagel,  
Prof. Dr. med. Margarete Borg-von Zepelin  
Zertifizierung: 40 Punkte, Kategorie H  
Gebühr: 500 €

### ▪ 26. Seminar Medizin in der Literatur: Kindeswohl von Ian McEwan

Termin: 19.10.2016, 17:00–18:00 Uhr  
Ort: Senatssaal FSU, Schloßgasse 1, 07743 Jena  
Leitung: Prof. Dr. phil. Dietrich von Engelhardt, Karlsruhe  
Zertifizierung: gebührenfrei

### ▪ Drogennotfälle

- Einteilung nach pharmakologischen und klinischen Kriterien
- Darstellung der Substanzen/Substanzgruppen („downer, upper, allrounder“)
- Leitsymptome Drogennotfall
- Therapieoptionen für den Notfall
- Diskussion (Fallbesprechung)
- Drogen aus polizeilicher Sicht

Termin: 26.10.2016 16:00 Uhr  
Ort: Kassenärztliche Vereinigung, Zum Hospitalgraben 8, Weimar  
Leitung: PD Dr. med. Michael Kretzschmar, Gera  
Gebühr: 45 €  
Zertifizierung: 4 Punkte, Kategorie A

### ▪ **Notfälle sicher beherrschen, Teil 3**

Themen: Akut fiebernder Patient, Akute Psychose ... Suizidalität, Akutes Abdomen, Akuter Kopfschmerz, Vergiftungen, Leichenschau, „Kleine“ Unfallchirurgie, Praxis Traumaversorgung, IT-Simulation

Termin: 28.–29.10.2016  
Ort: Hotel Dorotheenhof, Dorotheenhof 1, Weimar  
Leitung: Dr. med. Jens Reichel, Jena  
Gebühr: 250 €  
Zertifizierung: anerkannt

### ▪ **Curriculare Fortbildung Geriatrische Grundversorgung**

- Besonderheiten des alten Patienten
- Altwerden als Selbsterfahrung (instant aging)
- Geriatrische Syndrome und Altersspezifika ausgewählter Erkrankungen – Teil 1 bis 3
- Geriatrisches Basisassessment
- Rechtliche und ethische Grundlagen
- Arzneimitteltherapie im Alter
- Geriatrie in der Ambulanz

Teil 1: 02.11. – 05.11.2016  
Teil 2: 25.01. – 28.01.2017

Ort: Kassenärztliche Vereinigung, Zum Hospitalgraben 8, Weimar  
Leitung: Dr. med. Joachim Zeeh, Meiningen  
Gebühr: 600 €  
Zertifizierung: 30 Punkte, Kategorie H

### ▪ **Fortbildungscurriculum für Weiterbilder und Prüfer Allgemeinmedizin**

(Landesärztekammer Thüringen in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen)

#### **„Train the Trainer“ – Modul 1**

- Update WBO
- Juristische Aspekte
- Strukturierung der Weiterbildung
- Dokumentation der Weiterbildung
- Ambulante Weiterbildung
- Weiterbildung ausländischer Ärzte

Termin: 09.11.2016, 13:00–18:00 Uhr  
Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena  
Gebühr: 80 €  
Zertifizierung: anerkannt





## **Leitbild der KV Thüringen**

verabschiedet von der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen am 10.09.2016:

### **KV Thüringen – Wir sind KV!**

Die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen ist die gemeinsame Interessenvertretung aller ambulant tätigen Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten in Thüringen.

Unter den besonderen demografischen Bedingungen des Landes sichern wir die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung.

### **KV Thüringen – Wir sind anders!**

Kern unserer Arbeit ist die wohnortnahe ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung der Patienten unter besonderer Berücksichtigung der erhöhten Morbidität der Bevölkerung in Thüringen.

Gemeinsam stärken wir im kollegialen und respektvollen Miteinander den Status der Freiberuflichkeit. Unsere Entscheidungsprozesse gestalten wir transparent.

In Verhandlungen mit unseren Vertragspartnern kämpfen wir um eine adäquate und faire Honorierung unserer Leistungen und für gute Arbeitsbedingungen für uns und unsere Mitarbeiter.

Unsere Arbeit stützt sich auf gesetzliche und vertragliche Grundlagen. Im Interesse unserer Mitglieder bringen wir unsere Ideen und Meinungen in Gesetzgebungsverfahren ein.

### **KV Thüringen – Wir gehen neue Wege!**

Zum Wohl der uns anvertrauten Patienten:

- verfolgen wir die Entwicklungen in der Medizin und bilden uns kontinuierlich fort,
- ergänzen wir unseren Kollektivvertrag um Selektivvertragsregelungen,
- begleiten wir unseren Berufsnachwuchs als Weiterbilder, Mentoren und Ansprechpartner,
- fördern wir die Niederlassung junger Ärzte entsprechend dem Bedarf.

Zur Koordination unserer vertragsärztlichen Leistungen:

- steht uns die KV-Geschäftsstelle als Dienstleister und Berater zur Verfügung,
- beschränken wir unseren bürokratischen Aufwand auf das Notwendige,
- achten wir kontinuierlich auf Qualität und deren Verbesserung.

Unser Leitbild gilt für Mitglieder und Mitarbeiter der KV Thüringen und wird regelmäßig überprüft.

**Ergebnisse der Wahl zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen für die  
Amtszeit 2017 bis 2022 – Auswertung in Zahlen**

**1. „Wahl – Ärzte“**

Anzahl der wahlberechtigten Mitglieder zum Zeitpunkt der Wahl:	3535
Anzahl der Wähler:	2187
mögliche Stimmen:	6561 (2187 x 3)
gültige Stimmen:	6359
ungültige Stimmen:	202
Wahlbeteiligung:	61,9 %

**Die Auszählung der „Listen Hausärzte“ ergab je Liste nachfolgendes Ergebnis:**

**Liste 1: „Hausärztlich tätige Internisten“**

<b>Anzahl der Stimmen der Liste:</b>	<b>473</b>
auf den Kandidaten entfallen folgende Stimmen:	
Dipl.-Med. <b>Ackermann</b> , Frank	31
<b>Bauer</b> , Claudia	30
Dr. med. <b>Göckeritz</b> , Anke	<u>53</u>
Dr. med. <b>Göttinger</b> , Sascha	53
Dr. med. <b>Grohmann</b> , Gerald	25
Dr. med. <b>Hahnefeld</b> , Lutz	44
Dr. med. <b>Knüpfer</b> , Mechthild	35
PD Dr. med. habil. <b>Lundershausen</b> , Rainer	<u>151</u>
Dr. med. <b>Scülfort</b> , Holm	20
Dr. med. <b>Wüstefeld</b> , Doris	31

Sitz ermittelt im Losverfahren: Dr. med. A. Göckeritz

**Liste 2: „Thüringer Hausärzterverband und Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte,  
LV Thüringen“**

<b>Anzahl der Stimmen der Liste:</b>	<b>2300</b>
auf den Kandidaten entfallen folgende Stimmen:	
<b>Arand</b> , Wolfgang	35
Dr. med. <b>Baltahge</b> , Ahmad	<u>121</u>
Dr. med. <b>Bastian</b> , Ronald	<u>135</u>
Dr. med. <b>Baum</b> , Peter	<u>97</u>
Dr. med. <b>Bölich</b> , Marlies	<u>103</u>
Doctor en Medicina <b>Cisne Contreras</b> , Fernando Jose	12

Dipl.-Med. <b>Feldmann</b> , Regina	<u>225</u>
Dipl.-Med. <b>Funke</b> , Mechthild	<u>94</u>
Dr. med. <b>Gärtner</b> , Mariana	55
Dr. med. <b>Heidt</b> , Rita	65
Dr. med. <b>Hein</b> , Katharina	37
Dipl.-Med. <b>Kaschowitz</b> , Andreas	81
Dr. med. <b>Kielstein</b> , Volker	42
<b>Lipfert</b> , Jens-Uwe	63
Dr. med. <b>Pils</b> , Wolfgang	75
<u>Dr. med. <b>Rommel</b>, Annette</u>	<u>323</u>
<b>Rubisch</b> , Claudia	35
<u>Dr. med. <b>Sakriß</b>, Michael</u>	<u>110</u>
<b>Schiffer</b> , Hagen	78
<u>Dipl.-Med. <b>Spiller</b>, Herbert</u>	<u>87</u>
Dr. med. <b>Stengler</b> , Katja	35
Dr. med. <b>Weidinger</b> , Harald	27
<u>Dr. med. <b>Zitterbart</b>, Ulf</u>	<u>365</u>

**Die Auszählung der „Listen Fachärzte“ ergab je Liste nachfolgendes Ergebnis:**

**Liste 1: „ZNS-Liste“**

<b>Anzahl der Stimmen der Liste:</b>	<b>297</b>
auf die Kandidaten entfallen folgende Stimmen:	
Dr. med. <b>Tinschert</b> , Konstanze	69
<u>Dr. med. <b>Köhler</b>, Sabine</u>	<u>120</u>
Dr. med. <b>Neubert</b> , Dirk	76
Dr. med. <b>Köbele</b> , Ralf	32

**Liste 2: „Wir Fachärzte!“**

<b>Anzahl der Stimmen der Liste:</b>	<b>796</b>
auf die Kandidaten entfallen folgende Stimmen:	
<u>PD Dr. med. habil. <b>Boltze</b>, Carsten</u>	<u>153</u>
<u>Dr. med. <b>Busch</b>, Steffi</u>	<u>134</u>
<b>Freiherr Röder von Diersburg</b> , Dirk	53
Dr. med. <b>Gerhardt</b> , Steffen	56
<u>Dr. med. <b>Hagemeier</b>, Thomas</u>	<u>71</u>
<b>Harth</b> , Dirk	6
Dr. med. <b>Heinrich</b> , Ullus	33
Dipl.-Med. <b>Hopp</b> , Michael	13
<u>Dr. med. <b>Kusch</b>, Björn</u>	<u>87</u>
<b>Mikulik</b> , Oskar	30

Dr. med. <b>Palutke</b> , Ingo	40
Dr. med. <b>Steiner</b> , Gunda	13
Dr. med. <b>Stoeßer</b> , Wolf-Dietrich	15
Dr. med. <b>Voigtsberger</b> , Arndt	64
Dipl.-Med. <b>Wegner</b> , Wolfgang	7
Dr. med. <b>Wiesmann</b> , Ellen	21

**Liste 3: „Ermächtigte und MVZ-Ärzte gemeinnütziger Träger“**

**Anzahl der Stimmen der Liste:** **276**  
auf den Kandidaten entfallen folgende Stimmen:

<u>Dr. med. <b>Marr</b>, Uwe</u>	<u>73</u>
Prof. Dr. med. <b>Seidel</b> , Egbert	33
<b>Niemeyer</b> , Jörg	37
Dr. med. <b>Frielitz</b> , Hans-Jesko	35
<b>Matthäus</b> , Evelyn	71
Dr. med. <b>Weinhold</b> , Steffi	27

**Liste 4: „Gemeinsame Facharztliste Thüringen“**

**Anzahl der Stimmen der Liste:** **2145**  
auf den Kandidaten entfallen folgende Stimmen:

Dr. med. <b>Boer</b> , Jana	71
Dr. med. <b>Bornmann</b> , Frank	29
Dr. med. <b>Brachmann</b> , Ingo	86
Dr. med. <b>Czerwinski</b> , Ralf	85
<u>Dr. med. <b>Herzau</b>, Michael</u>	<u>112</u>
<u>Dr. med. <b>Jordan</b>, Andreas</u>	<u>353</u>
PD Dr. med. habil. <b>Jung</b> , Kirsten	<u>227</u>
Dr. med. <b>Kneist</b> , Martina	35
Dr. med. <b>Kupka</b> , Thomas	47
<u>Dr. med. <b>Lundershausen</b>, Denise</u>	<u>176</u>
<u>PD Dr. med. habil. <b>Malur</b>, Sabine</u>	<u>182</u>
Dr. med. <b>Mazloun</b> , Hassan	61
<u>Dipl.-Med. <b>Menzel</b>, Ingo</u>	<u>178</u>
<u>Dr. med. <b>Mergner</b>, Sybille</u>	<u>100</u>
Dr. med. <b>Retzlaff</b> , Carsten	26
<u>Dr. med. <b>Römer</b>, Rolf-Peter</u>	<u>111</u>
Dr. med. <b>Stadelmann</b> , Elke	55
Dr. med. <b>Wiegner</b> , Jörg-Ulf	61
<u><b>Wüstefeld</b>, Tobias</u>	<u>150</u>

**Liste 5: „Gemeinsame Liste angestellter Fachärzte in Thüringen“**

<b>Anzahl der Stimmen der Liste:</b>	<b>72</b>
auf den Kandidaten entfallen folgende Stimmen:	
Dr. med. <b>Wydra</b> , Stephan	40
Dr. med. <b>Roskos</b> , Martin	6
Dipl.-Med. <b>Franke</b> , Berrit	4
Dr. med. <b>Isenhuth</b> , Nadine	7
Dr. med. <b>Kunstmann</b> , Steffen	10
<b>Peszko</b> , Dariusz Olaf	5

**2. „Wahl – Psychotherapeuten“**

Anzahl der wahlberechtigten Mitglieder zum Zeitpunkt der Wahl:	410
Anzahl der Wähler:	251
mögliche Stimmen:	753 (251 x 3)
gültige Stimmen:	723
ungültige Stimmen:	30
Wahlbeteiligung:	61,2 %

**Die Auszählung der „Listen Psychotherapeuten“ ergab nachfolgendes Ergebnis:**

**Liste 1: „Psychotherapeutenbündnis Thüringen“**

<b>Anzahl der Stimmen der Liste:</b>	<b>267</b>
auf die Kandidatin entfallen folgende Stimmen:	
Dipl.-Psych. <b>Sim</b> , Juliane	79
<u>Dipl.-Sozialpäd. <b>Krull</b>, Friedhelm Gotthard</u>	<u>79</u>
Dipl.-Psych. <b>Jugert</b> , Sebastian	47
Dipl.-Psych. <b>Hölting</b> , Christoph	62

Sitz ermittelt im Losverfahren: Dipl.-Sozialpäd. F. G. Krull

**Liste 2: „Psychotherapie“**

<b>Anzahl der Stimmen der Liste:</b>	<b>456</b>
auf den Kandidaten entfallen folgende Stimmen:	
<u>Dipl.-Psych. <b>Petereit</b>, Dagmar</u>	<u>108</u>
<u>Dipl.-Psych. <b>Rottmayer</b>, Christiane</u>	<u>110</u>
Dipl.-Psych. <b>Möller-Wendt</b> , Ramona	74
Dipl.-Sozialarb./Sozialpäd. <b>Jähnichen-Bode</b> , Babett	95
Dipl.-Psych. <b>Andres</b> , Katrin	69

Nach dem Auszählungsverfahren Hare-Niemeyer ergab sich folgende Sitzverteilung für die:

**- 12 zu besetzenden Sitze der Hausärzte:**

Liste 1 „Hausärztlich tätige Internisten“	Sitze: 2
Liste 2 „Thüringer Hausärzteverband und Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, LV Thüringen“	Sitze: 10

**- 15 zu besetzenden Sitze der Fachärzte:**

Liste 1 „ZNS-Liste“	Sitze: 1
Liste 2 „Wir Fachärzte!“	Sitze: 4
Liste 3 „Ermächtigte und MVZ-Ärzte gemeinnütziger Träger“	Sitze: 1
Liste 4 „Gemeinsame Facharztliste Thüringen“	Sitze: 9
Liste 5 „Gemeinsame Liste angestellter Fachärzte in Thüringen“	Sitze: 0

**- sowie die 3 zu besetzenden Sitze der Psychologischen Psychotherapeuten:**

Liste 1 „Psychotherapeutenbündnis Thüringen“	Sitze: 1
Liste 2 "Psychotherapie"	Sitze: 2

(Die Besetzung der errechneten Sitze je Liste erfolgte gemäß der höchsten Stimmenzahl innerhalb der Liste.)

**gez. Dorothea Stula**  
Vorsitzende des Wahlausschusses

**gez. Dr. med. Peter Jacob**  
Stellv. Vorsitzende des Wahlausschusses

**gez. Dr. med. Steffen Jurkutat**  
Mitglied des Wahlausschusses

**gez. Dr. med. Antje Masri-Zada**  
Mitglied des Wahlausschusses

**gez. Dipl.-Med. Kirsten Schmidt**  
Mitglied des Wahlausschusses



**Anlage 2 – Durchschnittliche Punktzahlvolumina und Fallzahlen des Vorjahresquartals pro Fachgruppe sowie die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen für 2. Quartal 2016**

Durchschnittliche Punktzahlvolumina und Fallzahlen des Vorjahresquartals pro Fachgruppe als Grundlage für die Vergütungsregelung nach §§ 8, 9 HVM

**für das Quartal 2/2016**

<b>Fachgruppe</b>	<b>durchschnittl. PZV</b>	<b>durchschnittl. relevante Fallzahl</b>
Hausärzte	358.752	1.008
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	310.568	992
Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivtherapie	98.933	284
Fachärzte für Augenheilkunde	541.700	1.628
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie	355.872	886
Fachärzte für Frauenheilkunde	293.616	1.023
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	527.410	1.213
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	370.353	1.575
Fachärzte für Humangenetik	765.984	359
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	625.639	1.133
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Angiologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13300 bis 13311 EBM)	870.001	1.105
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Gastroenterologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13400 bis 13431 EBM)	432.412	849
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Hämato-/Onkologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13500 bis 13502 EBM)	840.704	751
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13550 bis 13561 EBM)	1.066.001	1.409
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13650 bis 13670 EBM)	1.086.175	1.666
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Rheumatologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13700 bis 13701 EBM)	298.168	859
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Nephrologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13600 bis 13621 EBM)	49.138	235
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	476.608	363
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	27.208	169

**Anlage 2 – Durchschnittliche Punktzahlvolumina und Fallzahlen des Vorjahresquartals pro Fachgruppe sowie die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen für 2. Quartal 2016**

<b>Fachgruppe</b>	<b>durchschnittl. PZV</b>	<b>durchschnittl. relevante Fallzahl</b>
Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapeutisch tätige Ärzte, mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie (GOP 35200 bis 35225 EBM)	589.348	973
Fachärzte für Nuklearmedizin	814.613	782
Fachärzte für Orthopädie	547.857	1.384
Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Radiologie	1.533.612	1.785
Fachärzte für Urologie	437.604	1.306
Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	413.788	604
Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM	118.745	214
Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin	12.899	526
Fachärzte für Strahlentherapie	56.562	142

Stand: 23.08.2016

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen nach § 13 HVM  
**für das Quartal 2/2016**

<b>Fachgruppe</b>	<b>Kapazitätsgrenzen in Minuten</b>
ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte	3.445
psychologische Psychotherapeuten	3.200
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	3.716
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	6.151

Stand: 23.08.2016



**FAQ zum bundeseinheitlichen Medikationsplan ab 1. Oktober 2016**

Juni 2016

**Fragen und Antworten  
zum bundeseinheitlichen Medikationsplan ab 1. Oktober 2016**

**Allgemeine Fragen**

**Mein Praxisverwaltungssystem (PVS) hat doch schon einen Medikationsplan. Warum muss der jetzt bundesweit ein einheitliches Format bekommen?**

Tatsächlich haben bereits jetzt viele Praxissysteme die Möglichkeit, einen Medikationsplan zu drucken. Aussehen und Qualität der Pläne sind jedoch sehr unterschiedlich. Dies wurde bereits vor Jahren im Rahmen des Aktionsplans Arzneimitteltherapiesicherheit des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) festgestellt und als Problem erkannt.

So haben manche Pläne beispielsweise eine sehr kleine Schriftgröße, andere enthalten nur unvollständige Informationen zur Dosierung oder bieten keine Möglichkeit, Hinweise oder Behandlungsgründe anzugeben. Im Rahmen des Aktionsplans haben sich Ärzte, Krankenkassen, Patientenverbände, Hersteller von Praxissoftware und weitere Beteiligte daher unter Federführung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) auf einen Mindeststandard geeinigt, der nun gesetzlich umgesetzt wurde.

**Lassen sich mit dem Medikationsplan auch komplexere Dosierungsanweisungen, beispielsweise für die Insulintherapie, abbilden?**

Durch die Verwendung der Hinweisspalte und in Verbindung mit Zusatzzeilen und Zwischenüberschriften können auch komplexere Dosierungsanweisungen auf dem bundeseinheitlichen Medikationsplan dargestellt werden.

Beispiel:

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Einheit	Hinweise	Grund
Insulin, normal	Actrapid Penfill	300 I.E.	Amp	10	6	8	0	IE	vor den Mahlzeiten, an Messergebnis anpassen, s. nächste Zeile	Diabetes mellitus

Bei gemessenem BZ-Wert < 120: wie angegeben / >120-160: + 2 I.E. / >160-200: +4 I.E. / >200: + 6 I.E.

**Meine Software bietet schon einen besonders ausgefeilten Spezialplan für Marcumar-Patienten (oder Insulin-Patienten usw.). Kann ich diesen zukünftig weiter nutzen?**

Der bundeseinheitliche Medikationsplan ist vor allem für den Überblick über die Gesamtmedikation gedacht. Er bietet viele Möglichkeiten, kann aber gegebenenfalls nicht alle Spezialszenarien bedienen. Daher ist es sinnvoll und selbstverständlich möglich, vorhandene Spezialpläne weiterhin zu nutzen. Im Medikationsplan kann dann ein Verweis auf den gesonderten Plan anstelle der Dosierungsanweisung hinterlegt werden.

Beispiel:

Phenprocoumon	Marcumar 3mg	3 mg	Tabl	s. gesonderter Plan	
---------------	--------------	------	------	---------------------	--

**Kann ich mit dem Medikationsplan auch einschleichende und ausschleichende Dosierungen für den Patienten verständlich darstellen?**

Einschleichende und ausschleichende Dosierungen können durch eine Darstellung unter entsprechenden Zwischenüberschriften für den Patienten verständlich dargestellt werden.

Beispiel:

**Aufdosierung vom 2.2. bis 4.2. (Tag 1 bis Tag 3)**

Methylphenidat		10 mg	Kaps	1	0	0	0	Stück
----------------	--	-------	------	---	---	---	---	-------

**vom 5.2. bis 7.2. (Tag 4 bis Tag 6)**

Methylphenidat		10 mg	Kaps	2	0	0	0	Stück
----------------	--	-------	------	---	---	---	---	-------

**ab dem 8.2. (ab Tag 7)**

Methylphenidat		30 mg	Kaps	1	0	0	0	Stück
----------------	--	-------	------	---	---	---	---	-------

**Warum trägt der Medikationsplan einen Hinweis, dass Vollständigkeit und Aktualität nicht gewährleistet sind? Sollte das nicht das Ziel eines solchen Medikationsplans sein?**

Natürlich sollten alle Beteiligten einen möglichst vollständigen und aktuellen Plan anstreben. Dabei kommt es insbesondere auf die Mitarbeit der Patienten an. Diese sollten auch wissen, welche möglichen Risiken bestehen, wenn einzelne Arzneimittel nicht auf dem Medikationsplan erscheinen. Die KBV bereitet diesbezüglich eine entsprechende Patienteninformation vor.

Es ist aber durchaus möglich, dass ein Patient sich Arzneimittel verschreiben lässt oder als Selbstmedikation erwirbt, ohne den Medikationsplan vorzulegen und aktualisieren zu lassen. Daher kann nicht sichergestellt werden, dass wirklich alle Medikamente auf dem Medikationsplan enthalten sind. Zudem ist es zulässig, dass auf Wunsch des Patienten einzelne Arzneimittel nicht auf den Medikationsplan aufgenommen werden. Daher trägt der Medikationsplan standardmäßig diesen Hinweis. Bei einer Medikationsanamnese sollte deshalb auch ergänzend zum Medikationsplan stets erfragt werden, ob der Patient die Medikamente noch wie auf dem Plan angegeben einnimmt und ob er gegebenenfalls noch weitere Arzneimittel anwendet.

**Kann ich bestehende Medikation aus meiner Patientendokumentation in den Plan übernehmen?**

Ja. Die PVS-Hersteller müssen die Funktionalitäten ihrer Medikationsplan-Module von der KBV zertifizieren lassen. Im Rahmen dieser Zertifizierung sind sie verpflichtet, eine Übernahme der im PVS gespeicherten Daten zur Medikation eines Patienten in den Medikationsplan zu ermöglichen. Dadurch kann ein Medikationsplan auch unabhängig von der Ausstellung eines Rezeptes erzeugt und ausgedruckt werden.

### Fragen zum Barcode

**Der Medikationsplan hat einen Barcode. Brauche ich jetzt neue technische Geräte, um den Medikationsplan nutzen zu können?**

**... zum Beispiel einen neuen Drucker?**

Der auf dem Medikationsplan aufgedruckte Barcode soll es ermöglichen, die im Plan enthaltenen Informationen einfach einzulesen. Um diese Möglichkeit nutzen zu können, muss der Plan in einer bestimmten Qualität ausgedruckt werden. Dafür reichen in der Regel die heute weit verbreiteten Laserdrucker mit einer Auflösung von 300 dpi.

**...oder einen Barcodescanner?**

Ärzte, die die Medikationspläne ihrer Patienten einlesen möchten, brauchen dafür einen geeigneten Barcodescanner. Dessen Kauf ist aber für keinen Arzt verpflichtend. Die Entscheidung hängt unter anderem davon ab, ob ein Arzt häufig in die Situation kommt, Informationen von erstellten oder aktualisierten Medikationsplänen zu übernehmen. In diesem Fall ist ein Barcodescanner sicherlich hilfreich, da sonst die Medikation abgetippt werden muss.

**Was passiert, wenn ein Barcode nicht eingelesen werden kann, beispielsweise weil der Bereich verschmutzt ist oder in nicht ausreichender Qualität ausgedruckt wurde?**

Der Barcode ist eine optional nutzbare Hilfsfunktion. Sollte er einmal nicht genutzt werden können, muss die auf dem Medikationsplan enthaltene Information abgetippt werden. Dies wäre allerdings auch der Fall, wenn der Plan gar keinen Barcode hätte.

### Fragen zur Medikationstabelle

**Es sollte möglich sein, abweichende Einnahmezeiten darzustellen. Zum Beispiel: vor Frühstück, morgens, vormittags, mittags, nachmittags, abends, zur Nacht. Wie geht das?**

Die Festlegung auf die in Deutschland häufig verwendete Notation in vier Einnahmezeitpunkten (morgens/mittags/abends/zur Nacht) wurde in mehreren Workshops zum Medikationsplan abgestimmt. Dennoch gibt es Fälle, in denen abweichende Einnahmezeitpunkte notwendig sein können. Auch diese sind über den Medikationsplan abbildbar, wie das folgende Beispiel für eine Parkinsonmedikation zeigt:

Beispiel:

Levodopa/Benserazid	Levodopa/Benserazid CT 100mg/25mg	100 mg 25 mg	Tabl	Einnahmezeiten s. folgende Zeile			Parkinson
---------------------	--------------------------------------	-----------------	------	-------------------------------------	--	--	-----------

Einnahmezeiten: 08:30 = 1 Tabl. / 11:30 = 2 Tabl. / 13:45 = 1 Tabl. / 16:30 = 1 Tabl. / 19:00 = 1 Tabl.

**Manche Arzneimittel dürfen nicht zu den Mahlzeiten eingenommen werden. Wie kann das dargestellt werden?**

Für Hinweise zur Einnahme, zum Beispiel Abstand zur Mahlzeit oder zu anderen Arzneimitteln, kann die Spalte „Hinweise“ genutzt werden. Entsprechende Hinweistexte werden von einigen Arzneimitteldatenbankanbietern standardmäßig zur Auswahl bei den betroffenen Arzneimitteln angeboten.

Beispiel:

GeloMyrtol	120 mg	Kaps	2	2	2	0	Stück	eine halbe Stunde vor den Mahlzeiten einnehmen!	Bronchitis
------------	--------	------	---	---	---	---	-------	---	------------

**Häufig werden geteilte Tabletten verordnet, beispielsweise „mittags: 1,5 Stück“. Wie lässt sich das darstellen?**

Der Medikationsplan ermöglicht bei der Darstellung geteilter Tabletten verschiedene Schreibweisen (z.B. 0,5 bzw. ½).

Beispiele:

Metoprololsuccinat 1A Pharma 95 mg retard	95 mg	Tabl	0	1,5	0	0	Stück		
Ramipril-ratiopharm	5 mg	Tabl	0	1½	0	0	Stück		

**Warum wurde auf eine Spalte für die Angabe „Dauer von/bis“ verzichtet?**

Die Mehrzahl der Medikamente, die auf dem Medikationsplan eines Patienten erscheinen, wird als Dauermedikation eingenommen. Da der Plan auch nur für eine begrenzte Zahl an Informationen Platz bietet, wurde auf eine Extra-Spalte für den Zeitraum verzichtet. Dieser kann aber selbstverständlich angegeben werden, beispielsweise im Hinweisfeld oder in Form einer Zwischenüberschrift.

Beispiel 1:

Amoxicillin	Amoxicillin-ratiopharm 750mg	750 mg	Tabl	1	1	1	0	Stück	7 Tage einnehmen (31.5.-6.6.)	Bronchitis
-------------	---------------------------------	--------	------	---	---	---	---	-------	-------------------------------	------------

Beispiel 2:

**Antibiotikatherapie für 7 Tage (31.5. bis 6.6.)**

Amoxicillin	Amoxicillin-ratiopharm 750mg	750 mg	Tabl	1	1	1	0	Stück		Bronchitis
-------------	---------------------------------	--------	------	---	---	---	---	-------	--	------------

**Warum wurde die Wirkstärke als Extra-Spalte aufgenommen? Sie ist doch ohnehin im Handelsnamen angegeben.**

Inhalte und Spaltenreihenfolge des Medikationsplans entsprechen den Empfehlungen aus dem Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit des BMG und wurden in einem mehrjährigen Verfahren erarbeitet und festgelegt. Da es auch möglich ist, auf den Handelsnamen zu verzichten und den Plan ausschließlich mit Angaben zu Wirkstoff, Wirkstärke und Darreichungsform zu erstellen, muss es möglich sein, die Wirkstärke ergänzend anzugeben.

**Es kommen auch I.E. oder Tropfen > 99 vor, beispielsweise "120" Tropfen. Kann dies mit dem Medikationsplan dargestellt werden?**

Beispiele:

Lösung	135	0	125	0	I.E.
Lösung	0	0	0	120	Tropfen

**Bei Nutzung der derzeitigen Medikationspläne der PVS-Systeme sind häufig nur maximal zwei alphanumerische Zeichen je Arzneimittelvergabezeitpunkt vorgesehen. Wieviel Zeichen sind beim bundeseinheitlichen Medikationsplan möglich?**

Der bundeseinheitliche Medikationsplan ermöglicht die Eingabe von bis zu vier Zeichen.

**Ein Arzneimittel mit verschiedener Dosierung im Tagesablauf wird in Milligramm in einer Zeile zusammengefasst gelistet (um Zeilen zu sparen bei komplexer Polypharmazie). Beispiel: Valproat morgens "600", mittags "300", abends "1200" mg. Geht das beim bundeseinheitlichen Medikationsplan?**

Für diese Anforderung gibt es zwei Lösungen:

Lösung 1:

Valproat			Tabl	600	300	1200	0	mg
----------	--	--	------	-----	-----	------	---	----

Lösung 2:

Natrium valproat	Valproat 1A Pharma	300 mg	Tabl	0	1	0	0	Stück
Natrium valproat	Valproat 1A Pharma	600 mg	Tabl	1	0	2	0	Stück

Die erste Lösung wird erfahrungsgemäß im Krankenhausalltag häufiger genutzt. Die zweite Lösung ist gegebenenfalls für den Patienten oder die Person, die die Arzneimittel richtet, besser verständlich und sollte daher für den patientenorientierten Medikationsplan bevorzugt werden.

### Fragen zur Aktualisierung des Plans

**Kann ich eine vorbestehende Medikation ändern, wenn ich ein neues Medikament ansetze? Und wie dokumentiere ich das?**

Wenn sie im Zuge einer Therapieänderung beispielsweise auch die Dosis weiterer, von anderen Ärzten verordneter Medikamente anpassen müssen, ändert sich grundsätzlich nichts am bisherigen Vorgehen. Soweit Sie es für notwendig halten, sollten Sie die Therapieänderung gegebenenfalls mit dem Kollegen abstimmen.

Die primäre Dokumentation über die Therapieänderung erfolgt in Ihrer ärztlichen Dokumentation im PVS. Anschließend wird die Änderung – in diesem Beispiel eine Dosisänderung – von Ihnen auf den Medikationsplan für den Patienten übernommen. Ist die Dosisanpassung nur für einen begrenzten Zeitraum vorgesehen, sollten Sie dies in der Spalte „Hinweise“ vermerken.

Beispiel:

vorher

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Einheit	Hinweise
Pravastatin		20 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück	

nachher

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Einheit	Hinweise
Pravastatin		20 mg	Tabl	1/2	0	0	0	Stück	Dosisreduktion bei Antibiotikatherapie Danach wieder 1 Stück!

**Der Medikationsplan enthält keine gesonderte Spalte für den verordnenden Arzt. Kann beziehungsweise muss der verordnende Arzt im Rahmen der Aktualisierung dokumentiert werden, wenn es sich um „Fremdverordnungen“ handelt?**

Der Medikationsplan hat das Ziel, den Patienten zu informieren. Dieser weiß in der Regel, welcher Arzt die Medikamente verordnet hat. Es besteht daher keine Verpflichtung, den verordnenden Arzt auf dem Plan zu vermerken. Sollte es dennoch gewünscht sein, diese Information aufzuführen, kann der verordnende Arzt auf verschiedene Weise gekennzeichnet werden.

Beispiel 1: Kennzeichnung in der Spalte Hinweise

Diclofenac	Diclo 50 1A Pharma	50 mg	Tabl	bei Bedarf 1 Tabl				Stück	Verordnung Dr. A. Müller (Orthopädie)
Metamizol	Novaminsulfon Lichtenstein	500 mg/ml	Lösung	30	30	30	0	Tropfen	Verordnung Dr. A. Müller (Orthopädie)

Beispiel 2: Kennzeichnung als Zwischenüberschrift

**Verordnungen Dr. A. Müller (Orthopädie)**

Diclofenac	Diclo 50 1A Pharma	50 mg	Tabl	bei Bedarf 1 Tabl				Stück	
Metamizol	Novaminsulfon Lichtenstein	500 mg/ml	Lösung	30	30	30	0	Tropfen	

**Anlage 4 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung  
in Thüringen**

Betriebskrankenkasse (alphabetisch sortiert)	VKNR
actimonda krankenkasse	21405
atlas BKK ahlmann	03407
Audi BKK	64414
<b>BAHN-BKK (rückwirkend gültig seit 01.07.2016)</b>	<b>40401</b>
BKK 24	09416
BKK Achenbach Buschhütten	18403
BKK advita	48412
BKK Akzo Nobel – Bayern –	67411
BKK B. Braun Melsungen	42401
BKK Deutsche Bank AG	24413
BKK Diakonie	19402
BKK Dürkopp Adler	19409
BKK EUREGIO	21407
BKK evm	47419
BKK EWE	12407
BKK exklusiv	09402
BKK Faber-Castell & Partner	69405
BKK firmus	03412
BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	19410
BKK Herford Minden Ravensberg	19479
BKK Herkules	42419
BKK KARL MAYER	40417
BKK KBA/West	67407
BKK Krones	68404
BKK Linde (Teilnahme zum 31.12.2016 beendet)	45411
BKK MAHLE	61435
BKK Melitta Plus	19540
BKK MEM	90403
BKK Miele	19473
BKK Mobil Oil	09455
BKK PFAFF	49417
BKK Pfalz	49411
BKK PricewaterhouseCoopers	42405
BKK ProVita (Teilnahme zum 31.12.2016 beendet)	68415
BKK Public	07430
BKK Rieker.Ricosta.Weisser	58440
BKK RWE	09409
BKK Salzgitter	07417
BKK SBH	58435
BKK Scheufelen	61449
BKK Technoform	08425
BKK Textilgruppe Hof	65424
BKK VBU	72421
BKK VDN	18544
BKK Vital	49409

## Anlage 4 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung in Thüringen

Betriebskrankenkasse (alphabetisch sortiert)	VKNR
BKK Voralb HELLER*LEUZE*TRAUB	61493
BKK Werra-Meissner	42420
BKK Wirtschaft & Finanzen	42406
BKK Würth	61487
BKK ZF & Partner	47434
Continentale BKK	02422
Daimler BKK	61491
Debeka BKK	47410
E.ON Betriebskrankenkasse (Teilnahme zum 31.12.2016 beendet)	31418
energie-BKK	09450
Ernst & Young BKK	42402
Heimat Krankenkasse	19418
Metzinger BKK	62418
mhplus BKK (Teilnahme zum 31.12.2016 beendet)	61421
Novitas BKK	02407
pronova BKK	49402
R+V BKK	45405
Salus BKK	40410
Schwenninger BKK	58434
SECURVITA BKK	02406
SIEMAG BKK	18515
SKD BKK	67412
Südzucker-BKK	52405
Thüringer BKK	89407
TUI BKK	09452
Vereinigte BKK (Fusion zum 01.01.2017, aufnehmende Kasse: BKK VBU)	40418
VIATIV Krankenkasse	18405
WMF Betriebskrankenkasse	61477

Quelle: BKK Landesverband Mitte

Stand: 4. Quartal 2016, Änderungen gegenüber dem 3. Quartal 2016 sind rot gekennzeichnet.

Betriebskrankenkassen (alphabetisch sortiert)	VKNR
actimonda krankenkasse	21405
atlas BKK ahlmann	03407
BKK 24	09416
BKK Achenbach Buschhütten	18403
BKK advita	48412
BKK Akzo Nobel – Bayern	67411
BKK B. Braun Melsungen	42401
BKK Braun-Gillette	40426
BKK Deutsche Bank AG	24413
BKK Diakonie	19402
BKK Dürkopp Adler	19409
BKK evm	47419
BKK EWE	12407
BKK exklusiv	09402
BKK Freudenberg	53408
BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	19410
BKK Herford Minden Ravensberg	19479
BKK Herkules	42419
BKK KBA/West	67407
BKK Linde	45411
BKK MAHLE	61435
BKK Melitta Plus	19540
BKK MEM	90403
BKK Miele	19473
BKK PFAFF	49417
BKK Pfalz	49411
BKK PricewaterhouseCoopers	42405
BKK Public	07430
BKK RWE	09409
BKK Salzgitter	07417
BKK Technoform	08425
BKK Textilgruppe Hof	65424
BKK VBU	72421
BKK VDN	18544

## Anlage 5 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am Hautscreening-Vertrag in Thüringen

Betriebskrankenkassen (alphabetisch sortiert)	VKNR
BKK VerbundPlus	62461
BKK Vital	49409
BKK Werra-Meissner	42420
BKK Wirtschaft & Finanzen	42406
BKK Würth	61487
Continental BKK	02422
Debeka BKK	47410
E.ON Betriebskrankenkasse	31418
energie-BKK	09450
Heimat Krankenkasse	19418
pronova BKK	49402
Salus BKK	40410
SIEMAG BKK	18515
Thüringer BKK	89407
TUI BKK	09452
Vereinigte BKK (Fusion zum 01.01.2017, aufnehmende Kasse: BKK VBU)	40418
WMF Betriebskrankenkasse	61477

Quelle: BKK Landesverband Mitte

Stand: 4. Quartal 2016, Änderungen gegenüber dem 3. Quartal 2016 sind rot gekennzeichnet.

## Anlage 6 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“

Betriebskrankenkasse (alphabetisch sortiert)	VKNR
BKK Linde	45411
BKK Miele	19473
BKK PricewaterhouseCoopers	42405
Brandenburgische BKK	81401
Debeka BKK	47410
Heimat Krankenkasse	19418
Novitas BKK	02407
R+V BKK	45405

Quelle: BKK Landesverband Mitte  
Stand: 4. Quartal 2016



**Anlage 7 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am IV-Vertrag „Hallo Baby“ und an der Zusatzvereinbarung Sonographie in Thüringen**

Betriebskrankenkassen (alphabetisch sortiert)	VKNR	Zusatzvereinbarung Sonographie
actimonda krankenkasse	21405	+
atlas BKK ahlmann	03407	+
BKK 24	09416	+
BKK Achenbach Buschhütten	18403	
BKK advita	48412	
BKK Aesculap	58430	
BKK Akzo Nobel – Bayern –	67411	+
BKK B. Braun Melsungen	42401	
BKK Braun-Gillette	40426	
BKK Deutsche Bank AG	24413	
BKK Diakonie	19402	+
BKK Dürkopp Adler	19409	
BKK EUREGIO	21407	
BKK evm	47419	
BKK EWE	12407	
BKK exklusiv	09402	
BKK Faber-Castell & Partner	69405	
BKK firmus	03412	
BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	19410	+
BKK Herford Minden Ravensberg (BKK HMR)	19479	
BKK KBA	67407	
BKK LINDE	45411	
BKK MAHLE	61435	
BKK Melitta Plus	19540	+
BKK MEM	90403	+
BKK MIELE	19473	
BKK MOBIL OIL	09455	+
BKK PFAFF	49417	
BKK Pfalz	49411	+
BKK PricewaterhouseCoopers	42405	
BKK ProVita	68415	
BKK Public	07430	
BKK Rieker.Ricosta.Weisser	58440	+

## Anlage 7 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am IV-Vertrag „Hallo Baby“ und an der Zusatzvereinbarung Sonographie in Thüringen

Betriebskrankenkassen (alphabetisch sortiert)	VKNR	Zusatzvereinbarung Sonographie
BKK RWE	09409	
BKK Salzgitter	07417	
BKK Scheufelen	61449	
BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg (BKK SBH)	58435	
BKK Technoform	08425	
BKK Textilgruppe Hof	65424	
BKK VBU (Sitz in Berlin)	72421/95408	
BKK VDN (Sitz in Schwerte)	18544	+
BKK VerbundPlus	62461	+
BKK VITAL	49409	+
BKK Werra-Meissner	42420	+
BKK Wirtschaft & Finanzen	42406	+
BKK Würth	61487	
BKK ZF & Partner	47434	
BMW BKK	69401	
Debeka BKK	47410	
Die Continentale BKK	02422	+
E.ON BKK	31418	
energie-BKK	09450	+
Ernst & Young BKK	42402	
Heimat Krankenkasse	19418	
Novitas BKK	02407	+
pronova BKK	49402	
R+V BKK	45405	
Securvita BKK	02406	
SIEMAG BKK	18515	
SKD BKK (Sitz in Schweinfurt)	67412	
Südzucker-BKK	52405	
Thüringer BKK	89407	
TUI BKK	09452	
Vereinigte BKK (Kündigung des Vertrages zum 31.12.2016, Fusion mit BKK VBU zum 01.01.2017)	40418	+
WMF BKK (Sitz in Geislingen)	61477	+

Quelle: BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Mitte

Stand: 4. Quartal 2016, Änderungen gegenüber dem 3. Quartal 2016 sind rot gekennzeichnet

## Anlage 7 – Übersicht der teilnehmenden stationären Einrichtungen am IV-Vertrag „Hallo Baby“ in Thüringen

Leistungserbringerverzeichnis teilnehmender stationärer Einrichtungen am Vertrag zur Integrierten Versorgung nach § 140 a ff. SGB V zur Prävention von Frühgeburten und dem plötzlichen Kindstod in Thüringen

Beginn	Name des Krankenhauses	Adresse	Verantwortlicher Chefarzt	Telefonnummer
07.08.2008	Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH	Bärwinkelstraße 33 99310 Arnstadt	Dipl.-Med. Thomas Michel	03628 919-329
14.08.2008	Helios Klinikum Erfurt GmbH	Nordhäuser Straße 74 99089 Erfurt	Priv.-Doz. Dr. med. Gert Naumann	0361 7814000 0361 7814001
21.08.2008	SRH Zentralklinikum Suhl gGmbH	Albert-Schweitzer-Str. 2 98527 Suhl	Dr. med. Dr. rer. nat. Hans-Heinrich Warnecke komm. Chefarzt	03681 355302
01.11.2008	Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena	Bachstraße 18 07743 Jena	Prof. Dr. Schleußner	03641 933230
22.01.2009	St. Georg Klinikum Eisenach gGmbH	Mühlhäuser Straße 94-95 99817 Eisenach	Dipl.-Med. Andrea Lesser	03691 698240
18.02.2009	Sophien- und Hufeland-Klinikum gGmbH	Henry-van-de-Velde-Straße 2 99425 Weimar	Dr. med. Jörg Herrmann	03643 571600

Quelle: BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Mitte  
Stand: 4. Quartal 2016



## Zi-Studie zu ungerechtfertigten Anforderungen von Krankenhäusern

### Infoblatt

#### Was ist das Problem?

Einzelne Studien und regionale Erhebungen haben gezeigt, dass viele Krankenhäuser Patienten z.B. nach einem Besuch der Ambulanz oder nach einer stationären Behandlung zur Wiedervorstellung auffordern und ihnen auftragen, zu diesem Zweck etwa eine ärztliche Einweisung vorzulegen, obwohl die Weiterbehandlung durch einen Vertragsarzt problemlos möglich wäre. Viele niedergelassene Ärzte fühlen sich hierdurch unter Druck gesetzt, Patienten fühlen sich verunsichert. Wird dem Patientenwunsch Folge geleistet, setzt sich der Arzt zudem einer erhöhten Gefahr aus, in Wirtschaftlichkeitsprüfungen auffällig zu werden.

#### Ziel dieser Studie

Mit dieser Studie soll der Umfang nicht gerechtfertigter Anforderungen durch Krankenhäuser in Deutschland flächendeckend erhoben werden. Ziel ist eine Bestandsaufnahme, in welchem Maße ungerechtfertigte Anforderungen von Krankenhäusern den Versorgungsalltag von Vertragsärzten belasten, und eine Analyse regionaler Verteilungsmuster, z.B. Prüfung des Zusammenhangs mit der regionalen Krankenhausdichte.

#### Ablauf dieser Studie

Die Studie wird für den **Zeitraum des gesamten vierten Quartals 2016** durchgeführt. Dazu erhalten alle Praxen Anfang Oktober dieses Informationsblatt, den Fragebogen sowie eine Ausfüllhilfe für den Fragebogen.

Zum Jahresbeginn 2017 erhalten Sie dann zur Sicherheit noch einmal eine Erinnerung und einen frankierten Briefumschlag, mit dem der **ausgefüllte Fragebogen bis zum 28. Januar 2017 an das Zi** zurückgeschickt werden soll. Das Zi wertet alle eingegangenen Fragebögen aus und bereitet die Ergebnisse bis Mai 2017 auf. Die Ergebnisse werden danach bundesweit und regionsbezogen zur Verfügung gestellt.

#### Alle Teilnehmer bleiben anonym

Weder einzelne Praxen noch einzelne Krankenhäuser werden identifiziert. Die Angabe der letzten zwei Stellen Ihrer LANR (Fachgruppencode) wird benötigt, um Unterschiede der Betroffenheit nach Fachgruppen darstellen zu können. Die ersten drei Stellen Ihrer Postleitzahl werden für die Analyse regionaler Besonderheiten benötigt. Die Erhebung des Praxistyps erfolgt um die Frage zu beantworten, ob bestimmte Organisationsformen besonders von ungerechtfertigten Anforderungen durch Krankenhäuser betroffen sind. Bei der Darstellung der Ergebnisse wird sichergestellt, dass keine Teilnehmer identifiziert werden können.

#### Ungerechtfertigte Anforderungen durch Krankenhäuser

**Bitte tragen Sie alle Beobachtungen im Laufe des vierten Quartals 2016 zusammen.** Ihre Angaben dienen dazu, den Umfang ungerechtfertigter Anforderungen ins Verhältnis zu allen im gleichen Zeitraum stationär behandelten Patienten zu setzen. Die Fragen beziehen sich auf Sachverhalte, die bereits aus Vorerhebungen bekannt sind. Hierzu zählt z.B. die nachträgliche Anforderung von Einweisungsscheinen oder die Aufforderung Überweisungs- in Einweisungsscheine umzuwandeln.

Zudem wollen wir das Finanzvolumen von Leistungen schätzen, die auf Anforderung von Krankenhäusern in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden. Dazu bitten wir Sie, den **Behandlungsaufwand für den letzten beobachteten Fall als Rechnungssumme auf Basis der GOÄ** in den Fragebogen einzutragen.

Bitte nutzen Sie das Freitextfeld, wenn Sie weitere Aspekte im Zusammenhang mit der Fragestellung für wichtig erachten, diese aber nicht im Fragebogen unterbringen können.

Fragen zur Studie werden gerne schriftlich beantwortet. Bitte senden Sie dazu eine Mail an [zi@zi.de](mailto:zi@zi.de)

### Ausfüllhilfe zum Fragebogen zu ungerechtfertigten Anforderungen durch Krankenhäuser

	Strichliste Oktober	Summe Oktober	Strichliste für den November	Summe November	Strichliste Dezember	Summe Dezember	Gesamtsumme (Übertragung in Fragebogen)
Wie viele Ihrer Patienten waren Ihres Wissens im 4. Quartal 2016 in stationärer Behandlung?							
Für wie viele Ihrer Patienten haben Sie im 4. Quartal 2016 mind. eine KH-Einweisung ausgestellt?							
Bei wie vielen Patienten wurde die Bitte nach einer Einweisung an Sie durch Krankenhäuser herangetragen?							
Bei wie vielen Patienten sind Sie der Bitte nachgekommen?							
Wie häufig sollten Sie auf Wunsch von Krankenhäusern eine Einweisung für eine Behandlung ausstellen, die eigentlich ambulant hätte durchgeführt werden können?							
Wie häufig wurden Sie von Krankenhäusern gebeten, eine Überweisung zu einem ermächtigten Arzt in eine Einweisung umzuwandeln?							
Wie häufig sollten Sie auf Wunsch von Krankenhäusern gleich mehrere Einweisungen für einen Patienten ausstellen?							
Wie häufig wurden Sie durch Krankenhäuser um eine rückwirkende Einweisung gebeten?							
Wie häufig sollten Sie auf Wunsch von Krankenhäusern sowohl eine Überweisung als auch eine Einweisung ausstellen?							
Bei wie vielen Patienten wurden Sie durch ein Krankenhaus um medizinische Behandlungen gebeten, die aus Ihrer Sicht im Rahmen des Klinikaufenthaltes hätten erfolgen müssen?							
Bei wie vielen Patienten haben Sie dann dem Krankenhaus eine GOÄ-Rechnung gestellt?							
Denken Sie an den letzten Patienten, für den Sie solche Leistungen durchgeführt haben. Wie hoch ist bzw. wäre die Rechnung nach GOÄ ausgefallen (Angabe bitte in€)?							

## Rückmeldebogen

*!!! Hinweise zur Studie entnehmen Sie bitte dem beigegefügteten Infoblatt und der Ausfüllhilfe!!!*

### Angaben zum Absender/ zur Absenderin:

Fachgruppe (letzte zwei Stellen der LANR):	
Tätigkeitsstandort (erste drei Stellen der Postleitzahl):	
Praxisform (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, MVZ, andere):	

### Erhebungsfragen:

Wie viele Ihrer Patienten waren Ihres Wissens im 4. Quartal 2016 in stationärer Behandlung?	
Für wie viele Ihrer Patienten haben Sie im 4. Quartal 2016 mind. eine Krankenhaus-Einweisung ausgestellt?	
Bei wie vielen Patienten wurde die Bitte nach einer Einweisung an Sie durch Krankenhäuser herangetragen?	
Bei wie vielen Patienten sind Sie der Bitte nachgekommen?	
Wie häufig sollten Sie auf Wunsch von Krankenhäusern eine Einweisung für eine Behandlung ausstellen, die eigentlich ambulant hätte durchgeführt werden können?	
Wie häufig wurden Sie von Krankenhäusern gebeten, eine Überweisung zu einem ermächtigten Arzt in eine Einweisung umzuwandeln?	
Wie häufig sollten Sie auf Wunsch von Krankenhäusern gleich mehrere Einweisungen für einen Patienten ausstellen?	
Wie häufig wurden Sie durch Krankenhäuser um eine rückwirkende Einweisung gebeten?	
Wie häufig sollten Sie auf Wunsch von Krankenhäusern sowohl eine Überweisung als auch eine Einweisung ausstellen?	

Bei wie vielen Patienten wurden Sie durch ein Krankenhaus um medizinische Behandlungen gebeten, die aus Ihrer Sicht im Rahmen des Klinikaufenthaltes hätten erfolgen müssen?	
Bei wie vielen Patienten haben Sie dann dem Krankenhaus eine GOÄ-Rechnung gestellt?	
Denken Sie an den <u>letzten</u> Patienten, für den Sie solche Leistungen durchgeführt haben. Wie hoch ist bzw. wäre die Rechnung nach GOÄ ausgefallen (Angabe bitte in €)?	

**Welche weiteren Aspekte sind Ihnen im Zusammenhang von ggf. nicht gerechtfertigten Anforderungen von Krankenhäusern wichtig?**

---



---



---



---



---



---



---

Rückmeldung an das Zentralinstitut bitte bis zum 28. Januar 2017.

Sie erhalten dazu im Januar einen frankierten Briefumschlag durch das Zi.