



Editorial

Disziplinarverfahren wegen Nichterreichbarkeit als Vertragsarzt?

Amtliche Bekanntmachungen

Bundeseinheitlich anzuwendende Laborquote „Q“ für das 2. Halbjahr 2017 entsprechend den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

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

Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87 b SGB V der KVT –
Beschluss der Vertreterversammlung vom 14. Juni 2017

Änderungen der Notdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

Ihre Fachinformationen

Abrechnung/Honorarverteilung

Nähere Erläuterungen zur Vergütung im Rahmen der konservativen Augenheilkunde im Rahmen eines Neupatientenmodells	1
Änderungen in der Psychotherapie-Vereinbarung zum 01.07.2017	1
Notwendige Kennzeichnungen in der Psychotherapie zum 01.07.2017	2
Veränderungen in der Antragsstellung im Formblatt PTV 2 für Gruppentherapien zum 01.07.2017	2
Elektronische Dokumentation zur Früherkennungskoloskopie	2
Gültigkeit von Überweisungsscheinen	3
Förderung von Strukturen zur Verbesserung der Versorgung von Versicherten der AOK PLUS	3
Änderungen der Vereinbarung zur Europäischen Krankenversicherungskarte	4

Verordnung und Wirtschaftlichkeit

Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie	5
Änderungen der Schutzimpfungs-Richtlinie	6
Aktuelle Informationen zur Versorgung mit saisonalen Grippeimpfstoffen	7
Heilmittel-Richtlinie: Lymphödeme – bereits ab Stadium II langfristiger Heilmittelbedarf	8
Aktuelle Vergütungslisten der Heilmittel-Leistungen	10
Medikamentengabe im Rahmen der häuslichen Krankenpflege	10
Verordnung von Krankentransport, Krankenhausbehandlung und Soziotherapie durch Psychotherapeuten	10

Disease-Management-Programme

Achtung! Änderungen in den DMP-Dokumentationen zum Diabetes mellitus Typ 2	11
Berichte der Gemeinsamen Einrichtung	12
Übersicht der DMP-vergütungsrelevanten Qualitätsziele im Jahr 2017	13

▪ Verträge	
Honorarvereinbarung für das Jahr 2017	14
Aktualisierte Listen der teilnehmenden BKKn an Thüringer Sonderverträgen	16
Übersicht der an dem IV-Vertrag „Hallo Baby“ teilnehmenden Betriebskrankenkassen und teilnehmenden stationären Einrichtungen	16
▪ Alles was Recht ist	
Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag	16
▪ Ärztliche Selbstverwaltung	
Honorarberichte der KBV über die Ergebnisse der Honorarverteilung	17
Vertreterversammlung stimmt sich auf Bundestagswahl ein	17
▪ Informationen	
Neues Formular für die Präventionsempfehlung	20

Terminkalender

Termine zur Abrechnungsannahme für das 2. Quartal 2017	21
Online-Fortbildung zum Thema Rationale Antibiotikatherapie in der hausärztlichen Versorgung	22
Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen	22

Anlagen

Anlage 1 – Auszug aus der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL)
Anlage 2 – Beschluss des G-BA über eine Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie: Medikamentengabe und verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen
Anlage 3 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung in Thüringen
Anlage 4 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am Hautscreening-Vertrag in Thüringen und an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“
Anlage 5 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am IV-Vertrag „Hallo Baby“ und an der Zusatzvereinbarung Sonographie in Thüringen
Anlage 6 – Lesefassung der Notdienstordnung der KV Thüringen, gültig ab 01.07.2017

Beilage

Erste Informationen zum Anschluss Ihrer Praxis an die Telematikinfrastruktur

Impressum

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

verantwortlich: Sven Auerswald, Hauptgeschäftsführer

Redaktion: Babette Landmann, Stabsstelle Kommunikation/Politik

Telefon: 03643 559-0

Telefax: 03643 559-191

Internet: www.kvt.de

E-Mail: info@kvt.de

Druck: Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH

Disziplinarverfahren wegen Nichterreichbarkeit als Vertragsarzt?

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die vertragsärztliche Präsenzpflcht beginnt arbeitstäglich morgens um 7 Uhr und reicht über die Sprechstundendauer hinaus bis 18 Uhr (mittwochs und freitags bis 13 Uhr). Erst mit dem Beginn des organisierten KV-Notdienstes und nur bis zu dessen Ende ist der Zulassungsinhaber davon entlastet, für GKV-Patienten erreichbar zu sein. Diese Rechtslage ist durch mehrere Urteile des Bundessozialgerichtes gefestigt. Bevor sich im Einzelfall Gerichte mit Vorwürfen gegen MVZ oder Vertragsärzte oder -psychotherapeuten befassen müssen, kommen subsidiär die Instrumente der ärztlichen Selbstverwaltung zum Einsatz.

Die KV Thüringen würde gern vermeiden, dass ihre Mitglieder überhaupt Anlass für Beschwerden wegen Nichterreichbarkeit bieten. Für einen großen Teil der Ärzte und Psychotherapeuten gilt es als selbstverständlich, dass bei vorübergehend nicht besetztem oder uberlastetem Telefon in der Praxis sowie außerhalb der Sprechzeiten ein automatischer Anrufbeantworter (AAB) die Anliegen der Anrufer entgegennimmt und darauf – je nach Dringlichkeit – in angemessener Frist reagiert wird. Es gibt aber auch einige Kollegen und MVZ-Träger, die dies nur als eine Frage des Service betrachten und sich ihrer Verantwortung nicht bewusst sind. Wenn beispielsweise während der Prsenzzeiten eine Ansage mit Verweis auf die Rufnummern 116117 oder 112 oder auf das Krankenhaus abgespielt wird, stellt dies definitiv einen Verstoß gegen die mit der vertragsarztlchen Zulassung verbundene Prsenzpflicht dar. Ebenso führen permanente Besetzzeichen oder wiederholtes Dauerklingeln des Praxistelefons ohne Umschaltung auf einen AAB zur faktischen Nichterreichbarkeit für GKV-Patienten, die die Praxis oder das MVZ nicht selbst aufsuchen können. Ob

man seine Erreichbarkeit mit technischen Hilfsmitteln oder über das Praxispersonal sicherstellt, wird nicht vorgeschrieben. Entscheidend ist, ob die individuelle Organisation im Bedarfsfall funktioniert. Die Nennung eines erreichbaren zulässigen Vertreters (nicht jedoch der Notaufnahme und nur mit dessen Einverständnis!) ist ebenfalls möglich und insbesondere bei ganztägiger Abwesenheit sogar notwendig.

Aus gegebenem Anlass hat sich die Vertreterversammlung mit dieser Thematik beschäftigt und den Vorstand mit einem Konzept beauftragt, nach dem die Einhaltung der Pflicht zur Erreichbarkeit während der Prsenzzeiten von 7 bis 18 Uhr bzw. bis 13 Uhr im Bereich der KV Thüringen verbessert werden kann. Gern nehmen wir Ihre Meinungen entgegen, ob ein Mindeststandard an Telekommunikationstechnik und Reaktionszeiten in dringenden Fällen vorgeschrieben werden sollte und ob Sie ein finanzielles Bonus/Malus-System für gute bzw. schlechte Erreichbarkeit für sinnvoll halten. Solange es keine Präzisierungen zur Prsenzpflicht gibt, muss die KV bei Verstößen unmittelbar disziplinarische Maßnahmen (für Vertragsärzte und -psychotherapeuten) bzw. zulassungsrechtliche Konsequenzen (für MVZ) prüfen. Bitte ersparen Sie sich selbst und uns derartig unerfreuliche Verfahren.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Thomas Schröter
2. Vorsitzender

Bundeseinheitlich anzuwendende Laborquote „Q“ für das 2. Halbjahr 2017 entsprechend den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gemäß § 87 b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

Entsprechend den Vorgaben der KBV Teil E Nr. 1.1 erfolgt die Ermittlung der anzuwendenden Abstufungsquote „Q“ für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 durch die KBV.

Die Abstufungsquote „Q“ für das 2. Halbjahr 2017 beträgt 91,58 %.

Die Ermittlung der Vergütung der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 32860 bis 32865, 32902 bis 32908, 32931, 32932 und 32937 bis 32946 EBM erfolgt, indem die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote „Q“ gemäß Teil E der Vorgaben der KBV zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen multipliziert werden.

Entsprechend Pkt. 3.4.2 der Vorgaben der KBV Teil E findet vorgenannte Quote „Q“ insofern Anwendung auf die Referenzfallwerte gemäß Pkt. 3.5.3 der Vorgaben der KBV Teil E, als dass diese mit der Quote „Q“ multipliziert werden. Im Ergebnis ergeben sich folgende Referenzfallwerte.

Arztgruppe	mit Quote „Q“ multiplizierter Referenz-Fallwert entspr. KBV neu
Rheumatologen, Endokrinologen	36,63 Euro
Nuklearmediziner, Hämatologen	19,23 Euro
Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen	3,66 Euro

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

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
(nachfolgend KV Thüringen genannt)

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

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

und

den Ersatzkassen

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

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

Inhalt

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

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

Anlagen

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

Teil 1 Allgemeine Grundsätze

Präambel

- (1) Auf der Basis der gesetzlichen Grundlagen sowie der tangierenden Beschlüsse/Empfehlungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses ((E)BA) vereinbaren die oben genannten Vereinbarungspartner (auf der Grundlage des geschlossenen Eckpunktepapiers in der Honorarverhandlung vom 10.01.2017) nachfolgende Vergütungsregelung für die vertragsärztliche Versorgung im Jahr 2017. Diese gemeinsam und einheitlich geschlossene Vereinbarung ersetzt die kassenverbandsspezifischen – zumeist als Anlage 1 zu den Gesamtverträgen nach § 83 SGB V – Vergütungsregelungen.
- (2) Die Gesamtverträge nach § 83 SGB V sind gesondert anzupassen.

§ 1 Geltungsdauer

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2017 in Kraft und endet am 31.12.2017, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

§ 2 Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

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

§ 3 Festlegungen für die Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung des Jahres 2018

- (1) Die Vereinbarungspartner verständigten sich in der Verhandlung am 10.01.2017 über Eckpunkte zur vertragsärztlichen Vergütung für die Jahre 2017 und 2018. Folgende Eckpunkte wurden dabei für das Jahr 2018 festgelegt:
 1. Der regionale Punktwert in Thüringen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V entspricht dem durch den Beschluss des (E)BA gemäß § 87 Abs. 2e SGB V noch festzulegenden Orientierungswert.
 2. Der bereinigte Behandlungsbedarf (*jeweiliger kassenspezifischer Aufsatzwert*) wird für das Jahr 2018 um die Veränderung der Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V anhand der Wichtung von 50:50 auf Grundlage der vom (E)BA zu beschließenden Empfehlungen zur Veränderungsrate auf Grundlage der vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen und Veränderungsrate auf der Grundlage demografischer Kriterien weiterentwickelt.
 3. Die förderungswürdigen Leistungen innerhalb der MGV nach Teil 3, § 2a werden fortgeführt.
 4. Der EGV-Förderfonds nach Teil 3, § 2b Abs. 1 in Höhe von 2.953.674 Euro wird für 2018 in gleicher Höhe zur Verfügung gestellt. Die aus dem EGV-Förderfonds geförderten Leistungen sowie die Ermittlung der Punktwertzuschläge werden unverändert fortgeführt.

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

§ 4 Salvatorische Klausel

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

Teil 2

Festlegung der regionalen Euro-Gebührenordnung

§ 1

Festlegung des regionalen Punktwertes in Thüringen

- (1) Der regionale Punktwert in Thüringen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V wird in Höhe des durch den Beschluss des BA in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2017 festgelegten Orientierungswertes vereinbart.
- (2) Der regionale Punktwert beträgt demnach 10,5300 Cent.

§ 2

Regionale Euro-Gebührenordnung

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

§ 3

Bekanntmachung

Die 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. Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes nach § 264 Abs. 1 SGB V sind von dieser Vereinbarung nicht erfasst.

§ 2 Ermittlung der MGV

- (1) Rechtsgrundlage für die Ermittlung der MGV ist § 87a Abs. 3 i. V. m. Abs. 4 SGB V.
- (2) Die MGV je Krankenkasse wird gemäß **Anlage 1** wie folgt ermittelt:
 - a) Grundlage der Vereinbarung der Behandlungsbedarfe sind die gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V vereinbarten und um selektivvertragliche Leistungen bereinigten Behandlungsbedarfe des Vorjahresquartals für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der 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. Das Ergebnis der Abstimmung wird von der KV Thüringen für die Kassenart und kassenartenübergreifend zusammengefasst und den Krankenkassenverbänden mitgeteilt.

Darüber hinaus sind gemäß Beschluss des BA in seiner 383. Sitzung (Pkt. 2.2.1.1) für die Vorjahresquartale des Jahres 2017 noch die für das Jahr 2016 ermittelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie (gemäß Beschluss des EBA in seiner 43. Sitzung, geändert durch den Beschluss des BA in seiner 380. Sitzung) unter Berücksichtigung der Anpassungen der MGV vom Jahr 2015 zu 2016 in Höhe von 1,8332 Prozent fortzuentwickeln und zu addieren.
 - b) Der Behandlungsbedarf nach Buchstabe a) wird bereinigt
 - um Leistungen, die aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V entsprechend den Beschlüssen des BA gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V zu bereinigen sind (Anlage 1b),
 - um aller der für das jeweilige Vorjahresquartal aufgrund der Möglichkeit des Bereinigungsverzichts gemäß den jeweils geltenden Beschlüssen des BA für den Bezirk der KV Thüringen ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumen,
 - um die Leistungen im Zusammenhang mit der Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie im EBM gemäß Beschluss des EBA in seiner 45. Sitzung (GOP 30800, 30810 und 30811) auf Grundlage der Bruttoleistungsmenge des Vorjahresquartals (für das 1. Quartal 2017).
 - c) *Dies ergibt den angepassten Behandlungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals über alle Krankenkassen.*
 - d) Der jeweilige kassenspezifische prozentuale Anteil am angepassten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals aller Krankenkassen wird ermittelt auf der Grundlage der im Vorjahresquartal für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort in Thüringen abgerechneten Leistungen (ARZTRG87aKA_IK) nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung (die im Abrechnungsquartal der MGV in Thüringen angehören) im Verhältnis zu den für Versicherte aller Krankenkassen mit Wohnort in Thüringen im Vorjahresquartal abgerechneten Leistungen (ARZTRG87aKA_SUM) nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung (die im Abrechnungsquartal der MGV in Thüringen angehören). Leistungen der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme (Satzarten ARZTRG87aNVI) werden abgezogen.

- e) Der kassenspezifische Aufsatzwert je Abrechnungsquartal ergibt sich aus der Multiplikation des Behandlungsbedarfs gemäß Buchstabe c) und dem kassenspezifischen prozentualen Anteil gemäß Buchstabe d).

Für das 1. bis 3. Quartal 2017 erfolgt zusätzlich eine basiswirksame Anhebung um den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 34291 EBM (Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie) gemäß dem Beschluss des BA in seiner 378. Sitzung. Der Erhöhungsbetrag ergibt sich aus der Bewertungserhöhung der GOP 34291 EBM um 92 Punkte und der Multiplikation der Anzahl der kassenspezifisch abgerechneten GOP 34291 EBM im Vorjahresquartal.

Zudem erfolgt bei der jeweiligen Krankenkasse die Hinzusetzung des für das Vorjahresquartal ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens aufgrund der Möglichkeit des Bereinigungsverzichts gemäß Beschluss des BA in seiner 372. Sitzung.

- f) Dieser kassenspezifische Aufsatzwert wird korrigiert:

- um die Veränderung der kassenspezifischen Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal gegenüber dem Vorjahresquartal,
- um die gemäß Beschluss des BA in seiner 383. Sitzung (Pkt. 2.2.3) für das Jahr 2016 ermittelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie (gemäß Beschluss des EBA in seiner 43. Sitzung, geändert durch den Beschluss des BA in seiner 380. Sitzung), welche unter Berücksichtigung der Anpassungen der MGV vom Jahr 2015 zu 2016 in Höhe von 1,8332 Prozent sowie um die Veränderung der jeweils verwendeten Versichertenzahl zwischen dem entsprechenden Quartal des Jahres 2016 und dem jeweiligen Abrechnungsquartal fortzuentwickeln sind,
- um den basiswirksamen Anteil der Krankenkasse gemäß Beschluss des BA in seiner 372. Sitzung zur Änderung der Vergütungen humangenetischer Leistungen im EBM (für das 1. und 2. Quartal 2017),

Hierfür wird der quartalsbezogene Betrag für den Bezirk der KV Thüringen in Höhe von 357.009 Euro mit dem regionalen Punktwert (10,5300 Cent) in Punkte umgerechnet und anschließend nach der Anzahl der im jeweiligen Abrechnungsquartal für die Bestimmung des Behandlungsbedarfs der Krankenkassen verwendeten Versichertenzahl auf die Krankenkassen aufgeteilt. Die anteilig ermittelte Punktzahl wird zu dem korrigierten kassenspezifischen Aufsatzwert ins Verhältnis gesetzt und bei der Bestimmung der Aufsatzwerte basiswirksam abgezogen.

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

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

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

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

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

- j) Auf den kassenspezifischen Aufsatzwert *des bereinigten Behandlungsbedarfs* nach h) erfolgt für Neueinschreiber in und Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen sowie für Bestandsteilnehmer im Falle einer Änderung des Versorgungsumfangs des Selektivvertrages anschließend eine basiswirksame Differenzbereinigung im Abrechnungsquartal.
- k) *Daraus ergibt sich der weiterentwickelte kassenspezifische Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs für das jeweilige Abrechnungsquartal.*
- (3) Die kassenspezifische MGV je Quartal ergibt sich aus der Multiplikation des weiterentwickelten kassenspezifischen Aufsatzwertes des bereinigten Behandlungsbedarfs je Abrechnungsquartal mit dem regionalen Punktwert in Höhe von 10,5300 Cent.
- (4) Bei Fusionen von Krankenkassen mit Versicherten in Thüringen wird für die neue (fusionierte) Krankenkasse ein neuer nach Versichertenzahlen gewichteter kassenspezifischer Aufsatzwert ermittelt.
- (5) Sofern Versicherte einer Krankenkasse ihren Wohnsitz im Ausland haben und diese in der Meldung der Versichertenzahlen enthalten sind, erfolgt die Abrechnung dieser Versicherten analog den übrigen Versicherten, d. h., dass in die Summe der Versicherten die Wohnausländer hinzuzurechnen sind.
- (6) Bei Krankenkassen, für die aus dem Jahr 2016 kein Leistungsbedarf und keine Versicherten zur Berechnung der MGV für das Jahr 2017 vorliegen und für die im Jahr 2017 erstmals Versicherte und Leistungsbedarf in Thüringen festgestellt werden, werden die vertragsärztlichen Leistungen, welche nach dieser Vereinbarung innerhalb der MGV zu vergüten sind, für einen Zeitraum von maximal 4 Quartalen mit dem nach dieser Vereinbarung geltenden Punktwert für Leistungen der MGV unter Anwendung der kassenartenindividuellen durchschnittlichen Abstufungsquote vergütet.

§ 2a

Förderungswürdige Leistungen innerhalb der MGV

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

Hierunter zählen folgende Leistungen:

- Anästhesiologie (GOP 05220),
- Augenheilkunde (GOP 06220),
- Chirurgie (GOP 07220),
- Gynäkologie (GOP 08220),
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie (GOP 09220, 20220),

- Dermatologie (GOP 10220),
- Innere Medizin ohne Schwerpunkt (GOP 13220),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Angiologie (GOP 13294),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Endokrinologie (GOP 13344),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie (GOP 13394),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie (GOP 13494),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Kardiologie (GOP 13543),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Nephrologie (GOP 13594),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Pneumologie (GOP 13644),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Rheumatologie (GOP 13694),
- Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie -psychotherapie (GOP 14214),
- Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie (GOP 16215, 21225, 21218),
- Orthopädie (GOP 18220),
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (GOP 22216),
- Psychotherapie (ärztliche und psychologische) sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (GOP 23216),
- Urologie (GOP 26220),
- Physikalische und Rehabilitative Medizin (GOP 27220).

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

- (4) Neben dem Ausweis des Gesamtförderungsbetrages im Formblatt 3 im Vorgang 970 übermittelt die 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 2017 stellen die Krankenkassen einen EGV-Förderfonds in Höhe von insgesamt 2.953.674 Euro zur Verfügung. Der Betrag gemäß Satz 1 wird gleichmäßig auf die vier Quartale des Jahres 2017 aufgeteilt.

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

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

- zusätzliche Förderung konservativ tätiger Augenärzte in Form einer Aufstockung des Punktwertzuschlages für die augenärztliche Strukturpauschale GOP 06225 in Höhe von 0,19 Cent/Punkt (Differenzbetrag von 1,41 Cent auf 1,6 Cent).

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

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

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

1. 250.000 Euro für Punktwertzuschläge für Leistungen
 - der Geriatrie (GOP 03362),
 - der Palliativmedizin (GOP 03370 bis 03374 sowie 04370 bis 04374),
 - der Sozialpädiatrie (GOP 04355)
2. 250.000 Euro für Punktwertzuschläge für Leistungen
 - des konventionellen Röntgens (Kapitel 34.2 ohne 34.2.7 und 34.2.9 EBM),
 - der Radiosynoviorthese (GOP 17371 und 17373),
 - der orthopädisch-rheumatologischen Versorgung (GOP 18320 und 18700)
3. 250.000 Euro für konservative Augenheilkunde zur Erweiterung der Behandlungskapazitäten (Neupatientenmodell)

- (3) Die Förderung der konservativen Augenheilkunde nach Abs. 2 Nr. 3 wird wie folgt umgesetzt:

- a) Je konservativ behandelten Patienten erfolgt eine behandlungsfallbezogene Förderung in Höhe von 30,00 Euro (GOP 06225F Leistungslegende gemäß Anlage 2a, Teil 2) im Zusammenhang mit der Abrechnung der augenärztlichen Strukturpauschale GOP 06225, sofern dieser Patient in den letzten acht Quartalen in derselben Praxis nicht konservativ betreut wurde und folglich in diesem Zeitraum keine Abrechnung der augenärztlichen Strukturpauschale GOP 06225 durch die Praxis erfolgte.
- b) Die Förderung nach a) erfolgt nur unter der Voraussetzung, dass die Praxis bereits seit acht Quartalen vertragsärztlich tätig ist sowie eine Steigerung der Zahl der konservativen Behandlungsfälle gegenüber dem Vorjahresquartal aufweist. Eine Auszahlung erfolgt maximal bis zur Fallzahlsteigerung gegenüber dem Vorjahresquartal.
- c) Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen nach Abs. 2 Nr. 3 unterschritten wird, kann durch die KV Thüringen entweder die Höhe der Pauschale angepasst oder die Differenz für einen zusätzlichen Punktwertzuschlag für die augenärztliche Strukturpauschale GOP 06225 (GOP 06225P) verwendet werden.

Bei Überschreitungen des Vergütungsvolumens nach Abs. 2 Nr. 3 wird durch die KV Thüringen nach Vorlage der Abrechnungsergebnisse des 3. und 4. Quartals 2017 die Höhe der Pauschale überprüft und ggf. angepasst.

- (4) Die Gebührenordnungspositionen gemäß Abs. 1 und 2 erhalten einen Punktwertzuschlag auf den regionalen Punktwert gemäß Teil 2, § 1 dieser Vereinbarung. Die jeweiligen Zuschläge aus Abs. 1 sind mit dem Großbuchstaben „E“ und die Zuschläge aus Abs. 2 und Abs. 3 mit dem Großbuchstaben „F“ zu kennzeichnen.
- (5) Die kassenspezifischen Anteile je Quartal ergeben sich aus dem jeweiligen Anteil der Krankenkasse bei der Anteilsbildung im Zusammenhang mit den Berechnungen der Quartals-MGV aus dem kassenspezifischen prozentualen Anteil unter Berücksichtigung der Entwicklungen der Versichertenzahlen. Die Anteile berechnen sich für den EGV-Förderfonds nach Abs. 1 gemäß Anlage 1a, Teil 1 sowie für den EGV-Förderfonds nach Abs. 2 gemäß Anlage 1a, Teil 2.

- (6) Die durch die jeweiligen Krankenkassen zu zahlenden Beträge für die Anteile an den EGV-Förderfonds ergeben sich aus Abs. 5 in Verbindung mit den Anlagen 1a, Teile 1 und 2.

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

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

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

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

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

§ 3

Nicht vorhersehbarer morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf

- (1) Eine Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V für das Jahr 2017 erfolgt gemäß Beschluss des BA in seiner 382. Sitzung am 31. August 2016.
- (2) Gemäß Beschluss des BA in seiner 382. Sitzung am 31. August 2016 ist festzustellen, dass sich für das Jahr 2014 kein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für die 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 2,1122 v. H. unter Berücksichtigung der aktuell vorliegenden Versicherungszahlen je Krankenkasse.

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

§ 7

Quartalsbezogene Endabrechnung

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

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

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),
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 2017

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

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

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

[1]	basiswirksam vereinbarter und um die Selektivverträge bereinigter BB			
[2]	weiterentwickelter Betrag aus der Höherbewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie			
[3]	Differenzbereinigungsmenge ASV			
[4]	Bereinigungsverfahren aufgrund Bereinigungsverzicht			
[5]	Bereinigung der Leistungen Soziotherapie		nur 1/17	
[6]	angepasster BB	$[6] = [1]+[2]-[3]-[4]-[5]$		

Berechnung des kassenspezifischen Anteils am vereinbarten, bereinigten BB im Vorjahresquartal

[7]	abgerechneter LB in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals (incl. Korrekturen, aber ohne Berücksichtigung geschlossener KK)			
[8]	kassenspezifischer prozentualer Anteil	$[8] = [7]/\text{GKV}[7]$		

Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes des bereinigten BB im Abrechnungsquartal

[9]	aufgeteilter BB	$[9] = \text{GKV}[6]*[8]$		
[10]	Anhebung des Aufsatzwertes aufgrund Höherbewertung GOP 34291 (XXX – Anzahl der GOP)			bis 3/17
[11]	ermitteltes und vorliegendes vorauss. Bereinigungsverfahren aufgrund des Bereinigungsverzichts			
[12]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal			
[13]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal			
[13a]	davon entfallene Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal je fusionierende Krankenkasse			
[14]	weiterentwickelter Betrag aus der Höherbewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie			
[15]	Bereinigungsverfahren für die humangenetischen Anteile gem. BA-Beschluss in seiner 372. Sitzung			bis 2/17
[16]	Bereinigung der Leistungen für die psychotherapeutischen Gespräche gem. EBA-Beschluss in seiner 50. Sitzung			ab 2/17
[17]	kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	$[17] = ([9]+[10]+[11])/[12]*[13]-[14]-[15]-[16]$		

Verwendung des kassenspezifischen Aufsatzwertes des bereinigten BB im Abrechnungsquartal

[18]	kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	$[18] = [17]$		
[19]	zuzügl. Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 SGB V (1,2122 %)	$[19] = [18]*0,012122$		
[20]	durchschnittliche Bereinigungsmenge für alle Selektivverträge			
[21]	Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge			
[22]	weiterentwickelter kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	$[22] = [18]+[19]+[20]-[21]$		
[23]	kassenspezifische MGV berechnet mit PW 10,5300 Cent	$[23] = [22]*0,105300$		

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

Legende:

[1]	basiswirksam vereinbarter und um die Selektivverträge bereinigter BB	BB_von KV (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM“); bei Verwendung von Korrekturwerten erfolgt im Vorfeld Abstimmung mit LV der KK
[2]	weiterentwickelter Betrag aus der Höherbewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[3]	Differenzbereinigungsmenge ASV	siehe Anlage 1b
[4]	Bereinigungsvolumen aufgrund Bereinigungsverzicht	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[5]	Bereinigung der Leistungen Soziotherapie	BB_von KV (Summierung der GOP 30800, 30810 und 30811 aus Satzart „ARZTRG87aKA_IK“)
[7]	abgerechneter LB in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals (incl. Korrekturen, aber ohne Berücksichtigung geschlossener KK)	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[10]	Anhebung des Aufsatzwertes aufgrund Höherbewertung GOP 34291 (XXX – Anzahl der GOP)	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen; Häufigkeit der GOP 34291 aus Satzart
[11]	ermitteltes und vorliegendes vorauss. Bereinigungsvolumen aufgrund des Bereinigungsverzichts	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[12]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal	Vers_von KV (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_IK“); bei Verwendung von Korrekturwerten erfolgt im Vorfeld Abstimmung mit LV der KK
[13]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal	Versicherte, Wohnausländer und Betreute aus Satzart „ANZVER87a“
[13a]	davon entfallene Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal je fusionierende Krankenkasse	der Ausweis erfolgt nur bei einer Fusion, die nicht vollumfänglich vollzogen wurde; Anzahl der Versicherten, Wohnausländer und Betreute aus Satzart ANZVER 87a
[14]	weiterentwickelter Betrag aus der Höherbewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[15]	Bereinigungswert für die humangenetischen Anteile gem. BA-Beschluss in seiner 372. Sitzung	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[16]	Bereinigung der Leistungen für die psychotherapeutischen Gespräche gem. EBA-Beschluss in seiner 50. Sitzung	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[20]	durchschnittliche Bereinigungsmenge für alle Selektivverträge	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[21]	Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[23]	kassenspezifische MGV berechnet mit PW 10,5300 Cent	Hinweis: Wenn eine Fusion nicht voll umfänglich vollzogen wurde, dann bei der Berechnung der kassenspezifischen MGV den aufgeteilten BB (ist identisch für alle Fusionskassen) teilen durch die Summe der Versicherten aller Fusionskassen des entsprechenden Abrechnungsquartals und multiplizieren mit den Versicherten der jeweiligen Fusionskasse des entsprechenden Abrechnungsquartals unter Berücksichtigung weiterer Sachverhalte gem. den gültigen Beschlüssen. Anschließend sind die weiteren Berechnungsschritte analog der Vorgabe durchzuführen.

- gelb gekennzeichnete Flächen werden nicht mit Werten hinterlegt

- der BB wird mit vier Stellen hinter dem Komma errechnet und mit einer Stelle hinter dem Komma kaufmännisch gerundet ausgegeben

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

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

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

Anlage 1a, Teil 2 Berechnung des kassenspezifischen Anteils am EGV-Förderfonds je Quartal 2017

Quartal:
 Krankenkasse:
 VKNR:

		Summe GKV	Summe VKNR
[1]	Förderbetrag je Quartal GKV	750.000,00 €	
[2]	kassenspezifischer prozentualer Anteil (Verwendung aus der MGV-Berechnung)	100,000000%	
[3]	Förderbetrag nach kassenspezifischen prozentualen Anteil	750.000,00 €	
[3a]	Geriatric, Palliativmedizin und Sozialpädiatrie	250.000,00 €	$[3] = [3a] + [3b] + [3c]$ $GKV[3a] = GKV[1] * 1/3$ $VKNR[3a] = GKV[3a] * [2]$
[3b]	konventionelles Röntgen, Radiosynoviothese, orthopäd.-rheumatolog. Versorgung	250.000,00 €	$GKV[3b] = GKV[1] * 1/3$ $VKNR[3b] = GKV[3b] * [2]$
[3c]	konservative Augenheilkunde	250.000,00 €	$GKV[3c] = GKV[1] * 1/3$ $VKNR[3c] = GKV[3c] * [2]$
[4]	Berücksichtigung der Entwicklung der Versichertenzahlen:		
[5]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal		
[6]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal		
[7]	Anwendung der Versichertenentwicklung auf Aufteilung		
[7a]	Geriatric, Palliativmedizin und Sozialpädiatrie		$[7] = [7a] + [7b] + [7c]$ $GKV[7a] = \text{fester Wert je Quartal}$ $VKNR[7a] = [3a] / [5] * [6]$
[7b]	konventionelles Röntgen, Radiosynoviothese, orthopäd.-rheumatolog. Versorgung		$GKV[7b] = \text{fester Wert je Quartal}$ $VKNR[7b] = [3b] / [5] * [6]$
[7c]	konservative Augenheilkunde		$GKV[7c] = \text{fester Wert je Quartal}$ $VKNR[7c] = [3c] / [5] * [6]$
[8]	prozentualer Anteil an der Versichertenentwicklung (neu)	100,000000%	
[9]	Anteil am festen Förderbetrag	750.000,00 €	
[9a]	Geriatric, Palliativmedizin und Sozialpädiatrie	250.000,00 €	$[9] = [9a] + [9b] + [9c]$ $GKV[9a] = GKV[3a]$ $VKNR[9a] = [8] * GKV[9a]$
[9b]	konventionelles Röntgen, Radiosynoviothese, orthopäd.-rheumatolog. Versorgung	250.000,00 €	$GKV[9b] = GKV[3b]$ $VKNR[9b] = [8] * GKV[9b]$
[9c]	konservative Augenheilkunde	250.000,00 €	$GKV[9c] = GKV[3c]$ $VKNR[9c] = [8] * GKV[9c]$

Anlage 1b, Teil 1 Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs für Leistungen der ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

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

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

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

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

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

Anhang zu Anlage 1b

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

Präambel

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

§ 1 Begriffsdefinitionen

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

§ 2 Grundsätze

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

§ 3 Beginn und Ende der ASV-Bereinigung

- (1) Die ASV-Bereinigung beginnt indikations- und KV-spezifisch mit dem Folgequartal zu dem Abrechnungsquartal, in dem die erste ASV-Abrechnung für Versicherte mit Wohnort in Thüringen erfolgt ist, unabhängig davon, in welchem KV-Bezirk die ASV-Leistungen erbracht wurden.

- (2) Mit der erstmaligen Lieferung einer indikationsspezifischen Anzahl an ASV-Patienten durch die KBV bzw. den GKV-Spitzenverband (Satzart ANZASV116b_SUM) wird festgestellt, dass im Folgequartal eine ASV-Bereinigung durchzuführen ist.
- (3) Die Bereinigung wird indikationsspezifisch für zunächst 4 Jahre ab dem jeweils ersten KV- und indikationsspezifischen Bereinigungsquartal gemäß Abs. 1 durchgeführt.

§ 4

Ermittlung des Bereinigungsvolumens je ASV-Patient

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

§ 5

Ermittlung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahl

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 6

Ermittlung der Differenzbereinigungsmenge

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

§ 7

Differenzbereinigung

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

§ 8

Datenlieferungen der Krankenkasse

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

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

ASV-Bereinigung: Höchstwert-Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen

1. Lieferzyklus

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

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

2. Kompression und Verschlüsselung

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

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

3. Dateibeschreibung

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

Für die Satzart ist folgende Dateinamenskonvention vorgesehen:

ANZASV116b_HOECHSTWERT_Bereinigungsquartal_Vorjahresquartal_gesamtvertrags-zuständige KV_Empfängerarten_Version.Endung

Format:

ANZASV116b_HOECHSTWERT_JJJJQ_JJJJQ_CC_CC_CCC.Endung

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

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

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

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

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

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

Anlage 2 Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

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

1	Belegärztliche Leistungen	Kapitel 36 EBM sowie GOP 13311, 17370 und GOP 08410 bis 08416 bei belegärztlicher Erbringung sowie belegärztliche Begleitleistungen gemäß der Vereinbarung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit (belegärztliche Behandlung) in der jeweils gültigen Fassung
2	Ambulante Operationen	Kapitel 31 EBM sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13431
3	Prävention	Abschnitte 1.7.1, 1.7.2 (sowie GOP 32880 bis 32882), 1.7.3 und GOP 40850, 40852 sowie 1.7.4 EBM
4	Durchführung von Vakuumstanzbiopsien	GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855
5	Strahlentherapie	Kapitel 25 EBM und GOP 40840 und 40841
6	Phototherapeutische Keratektomie	GOP 31362, 31734, 31735 und 40680
7	Künstliche Befruchtung	<p>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</p> <p>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.</p>
8	Substitutionsbehandlung und Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger	GOP 01950 bis 01952 sowie GOP 01955 und 01956

9	Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V	GOP 01425 und 01426
10	ärztlich angeordnete Hilfeleistungen	GOP 03060 bis 03065
11	Leistungen im Rahmen der Versorgung von HIV-Infizierten	Abschnitt 30.10 EBM GOP 30920, 30922 und 30924
12	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese/ Apherese bei rheumatoider Arthritis	Abschnitt 13.3.6 EBM GOP 13620 bis 13622
13	Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen	Abschnitt 32.2.8 EBM GOP 32880, 32881 und 32882
14	Dialysesachkosten	Abschnitt 40.14 EBM
15	Balneophototherapie	Abschnitt 10.3 EBM GOP 10350
16	Varicella-Zoster-Virus Antikörper-Nachweis bei ungeklärter Immunitätslage im Rahmen der Empfängnisregelung	Abschnitt 1.7.5 EBM GOP 01833
17	Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikations-Therapie von Trägern mit MRSA	Abschnitt 30.12 EBM GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956 (sowie die Höchstwertregelung nach 30960 und 30961 gemäß Codiertabelle)
18	Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen	Abschnitt 35.2 EBM für alle Arztgruppen sowie GOP 35150 (Zusatz Großbuchstaben „P“ oder „Q“) für genannte Arztgruppen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V
19	Schmerztherapeutische Leistungen für ausschließlich schmerztherapeutisch tätige bereichseigene Ärzte	Abschnitt 30.7 EBM GOP 30700 (Zusatz Großbuchstaben „S“, „X“, „Y“ oder „Z“), GOP 30702, 30704, 30706 und 30708 (Zusatz Großbuchstabe „S“)
20	Narkosen bei zahnärztlichen Behandlungen bereichseigener Ärzte	GOP 01320, 05210, 05211, 05212, 05230, 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 (Zusatz Großbuchstaben „Z“, „Y“, „V“, „G“)
21	Leistungen der spezifischen Immuntherapie	GOP 30130 und 30131
22	Kinderpneumologische Leistungen	GOP 04530 bis 04537

23	Nephrologie und Dialyse	Abschnitt 13.3.6 EBM ohne GOP 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 und 30935 (sowie die Höchstwertregelung nach 30936 sowie 30937 gemäß Codiertabelle)
26	Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus (HIV-Resistenztestung)	Abschnitt 32.3 EBM GOP 32821 und 32822
27	Screening auf Gestationsdiabetes	GOP 01776, 01777 und 01812
28	Leistungen der rheumatologischen Versorgung	GOP 13700 und 13701
29	Osteodensitometrie	GOP 34601
30	Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	GOP 04528, 04529, 13425 und 13426
31	Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe	GOP 06334, 06335, 31371, 31372, 31373, 36371, 36372 und 36373
32	PFG-Zuschläge	GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222 und 27222
33	Zuschlag für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung	GOP 04356
34	Kosten, die im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung nach GOP 17372 bei der Verwendung von Radium-223-dichlorid entstehen	GOP 40582
35	PET und PET/CT	Abschnitt 34.7 EBM GOP 34700, 34701, 34702 und 34703 sowie Kostenpauschale GOP 40584
36	Soziotherapie	Abschnitt 30.8 EBM GOP 30800, 30810 und 30811

37	Humangenetik	<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 19450, 19451, 19452, 19453, 19454 und 19456 (sowie die Höchstwertregelung nach 19412, 19422, 19427, 19457, 19458 und 19459 gemäß Codiertabelle)</p> <p>GOP 32865 und 32911</p>
38	Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung gemäß § 118a SGB V	<p>Abschnitt 30.13 EBM GOP 30980, 30981, 30984, 30985, 30986 und 30988</p>
39	Kooperations- und Koordinationsleistungen im Pflegeheim gemäß Anlage 27 BMV-Ä	<p>Kapitel 37 EBM GOP 37100, 37102, 37105, 37113 und 37120</p>
40	Delegationsfähige Leistungen	<p>Kapitel 38 EBM GOP 38200 und 38205</p>
41	Medikationsplan	<p>GOP 01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701</p>
42	Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der GOP 34291	<p>GOP 40306</p>
43	Elektronischer Brief	<p>GOP 86900 und 86901</p>
44	Telekonsile	<p>GOP 34800, 34810, 34820 und 34821 (gültig ab 01.04.2017)</p>
45	Leistungen im Zusammenhang mit der kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM)	<p>GOP 03355, 04590 und 13360 (gültig ab 01.04.2017)</p>
46	Videosprechstunde	<p>GOP 01450 (sowie die Höchstwertregelung nach 01451 gemäß Codiertabelle) (gültig ab 01.04.2017)</p>
47	Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung	<p>GOP 22220 und 23220 (gültig ab 01.04.2017)</p>
48	Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	<p>GOP 35151 und 35152 (gültig ab 01.04.2017)</p>

- (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, Teil 1 Zuschläge für EBM-Leistungen aus dem EGV-Förderfonds

- Gesprächsleistungen (14220E, 16220E und 21220E)
- Stützung weiterer Gesprächsleistungen
 - o Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson(en) (GOP 14222E),
 - o Psychosomatisches Gespräch (GOP 22221E),
 - o Psychotherapeutische Gespräche (GOP 22220E und 23220E bis 31.03.2107),
- Allergiediagnostik (30110E, 30111E, 30120E, 30121E und 30123E)
- Chronische Wunde (02311E, 02312E, 10330E, 10340E)
- Chirurgie nach Hautkrebsscreening (10341E, 10342E, 10343E, 10344E)
- Steuerung der weiterführenden Diagnostik/Therapie, insbesondere bei Hauttumoren (07345E, 10345E, 15345E)
- Leistung der Sozialpädiatrie (04355E)
- Osteodensitometrie (34600E (ab 01.04.2017))
- zusätzliche Förderung konservativ tätiger Augenärzte in Form einer Aufstockung des Punktwertzuschlages für die augenärztliche Strukturpauschale GOP 06225 in Höhe von 0,19 Cent/Punkt (Differenzbetrag von 1,41 Cent auf 1,6 Cent - GOP 06225E).

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

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

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

Anlage 3 Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen

	Abr.-Nr.	Pauschale
Aufwandspauschale für ambulante Behandlung von Wachkomapatienten je Behandlungsfall	99210	150,00 €
Belegärztliche Bereitschaftsdienstpauschale pro Patient/Pflegetag gemäß Belegarztvertrag	97200	3,10 €
Sachkosten Cergem (gültig bis 30.06.2016 bzw. so lange bis vorhandene Bestände aufgebraucht sind)	99250	52,87 €
Sachkosten Prostaglandin (für Gynäkologie)	99273	2,00 €
Sachkosten für Linsenimplantate bei Kataraktoperationen		
für PMMA-Linsen	99401	120,00 €
für Silicon-Implantate	99402	150,00 €
für Acryl-Implantate	99403	180,00 €
für Hyaluronsäure-Präparate	99404	40,00 €
für Methylzellulose-Präparate	99405	12,00 €
Sachkosten für LDL-Apherese	99700	1.022,58 €
Sachkosten für suprapubische Katheter	99920	22,00 €
Sachkosten für doppelumige Ovarial-Biopsienadeln	99921	55,10 €
Sachkosten für doppelumige Ovarial-Biopsienadeln im Zusammenhang mit künstlichen Befruchtungen	99921X	27,55 €
Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der sozialpsychiatrischen Behandlung (Das Nähere regeln die Vertragspartner in einer Ergänzungsvereinbarung.)	88895	
Onkologie-Vereinbarung		
Versorgungsebene Eins		
Behandlung florider Hämoblastosen	96500	16,36 €
Behandlung solider Tumore unter tumorspezifischer Therapie, Zusatzangaben erforderlich	96501	16,36 €
Intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie	96502	21,63 €
Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie	96507	11,08 €
Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie ab 2 Stunden	96508	27,44 €
Versorgungsebene Zwei		
Subkutane/intravasale zytostatische Tumorthherapie, Zusatzangaben erforderlich	96503	173,06 €
Behandlung einer laboratoriumsmed. oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Systemerkrankung	96504	16,36 €
Orale zytostatische Chemotherapie, Zusatzangaben erforderlich	96505	64,89 €

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

Wegepauschalen

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

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

Sonderregelungen Pauschalen für Notfallambulanzen

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

Die Vergütung der Impfleistungen gemäß § 20i i. V. m. § 132e Abs. 1 SGB V ist Bestandteil der aktuellen Impfvereinbarung.

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

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

sind gegenüber der 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 Prozent weiterzugeben.
- (6) Der Vertragsarzt bestätigt dies durch seine Unterschrift gegenüber der rechnungsbegleichenden Stelle.
- (7) Die Ausweisung der nach Abs. 1 abgerechneten Sachkosten erfolgt im Formblatt 3 unter Kontenart 400/Kapitel 87 – Zusatzleistungen/Abschnitt 1 - Kosten gemäß Allgemeiner Bestimmungen 7.3. Zusätzlich übermittelt die KV Thüringen für das jeweilige Quartal als rechnungsbegründende Unterlagen einzelfallbezogene Nachweise sowie die dazugehörigen Rechnungen (Einzelrechnung als Originalrechnung, Sammelrechnungen als Rechnungskopien).

Anlage 3a Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

AOK PLUS

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

1.1 Arztanfragen der AOK PLUS

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

1.2 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der AOK PLUS abzurechnen.

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

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

2.1 Hautscreening – gültig ab 01.10.2013

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

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

2.1.2 Für Versicherte ab dem Alter von 35 Jahren

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

2.2 Information über Sekundärprävention gemäß Vertrag

- Ärztliche Beratung, Information und Befürwortung der Maßnahme

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

- Abschlussuntersuchung des Arztes

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5 Vereinbarung zur Überweisungssteuerung – gültig ab 01.01.2015

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

Anlage 3b Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

BKK Landesverband Mitte, Regionalvertretung Thüringen und Sachsen
--

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen BKK abzurechnen.

Anlage 3c Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

IKK classic

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen IKK abzurechnen.

1.2 Schulung von Diabetikern außerhalb des DMP

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

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

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

2.1 Sekundär- und Tertiärprävention gemäß Vereinbarung

- Ärztliche Beratung, Ausstellung der Präventionsempfehlung

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

Anlage 3d
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

vdek, Landesvertretung Thüringen

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen Ersatzkasse abzurechnen.

Anlage 3e
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

KNAPPSCHAFT

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der KNAPPSCHAFT abzurechnen.

Anlage 3f
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

**Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse**

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der SVLFG abzurechnen.

Anlage 4 Sachkostenformular

↑ Platz für den Ausdruck der Patientendaten

Sachkostenformular (Medizinprodukte) im Zusammenhang mit vertragsärztlichen Leistungen

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

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

Unfallfolgen * <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall * <input type="checkbox"/> BVG * <input type="checkbox"/>

* = ggf. anzukreuzen

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

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

Datum

Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

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

Datum

Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Anlage 5 Ergänzende Regelungen zum Notdienst sowie zur Transparenz des Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V

§ 1 Notdienst

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

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

- (1) Die 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.
- (2) Sofern die von den Krankenkassen gezahlten Mittel des Strukturfonds die anteiligen Ausgaben für geförderte Maßnahmen überschreiten, wird diese Differenz nach folgendem Modus an die jeweiligen Krankenkassen zurückerstattet:
 - Ermittlung des Rückerstattungsbetrages je Krankenkasse auf der Grundlage des prozentualen kassenspezifischen Anteils an der MGV anhand der zum Zeitpunkt der Berechnung vorliegenden Daten des jeweiligen Kalenderjahres,
 - Ausweis des Rückerstattungsbetrages unter Budgetkennung 6, Vorgang 79 im Formblatt 3 im 3. Quartal des Folgejahres.
- (3) Nach Feststellung der tatsächlichen MGV erfolgt eine Korrekturberechnung.

**Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87 b SGB V
der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT)
Beschluss der Vertreterversammlung vom 14. Juni 2017**

Am 14. Juni 2017 hat die Vertreterversammlung der KV Thüringen folgende Änderungen der Honorarverteilung – vorbehaltlich der Benehmensherstellung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Verband der Ersatzkassen - mit Wirkung zum 1. Juli 2017 beschlossen:

1. Ergänzung des § 8 Abs. (3) HVM um einen neuen Abs. (3) f):

**§ 8
Hausärztliches Vergütungsvolumen**

...

- (3) f) **Zur Finanzierung des problemorientierten ärztlichen Gespräches, gemäß EBM GOPen 03230 und 04230 wird ein Vergütungsvolumen zur Verfügung gestellt. Dieses Vergütungsvolumen wird wie folgt berechnet: Das Punktzahlvolumen für diese Leistungen beträgt gemäß Präambel 3.1 Nr. 9 und 4.1 Nr. 12 EBM 45 Punkte multipliziert mit der Anzahl der Behandlungsfälle gemäß Nr. 9 bzw. Nr. 10 der entsprechenden Präambel des aktuellen Abrechnungsquartals.**

Dieses Punktzahlvolumen wird mit dem Orientierungspunktwert bewertet und ergibt das Vergütungsvolumen für diese Leistungen. Die GOPen 03230 und 04230 EBM werden unter Anwendung der Begrenzung im EBM gem. Präambel 3.1 Nr. 9 und 4.1 Nr. 12 aus diesem Volumen vergütet.

Der bisherige Abs. (3) f) wird zu Abs. (3) g), Abs. (3) g) wird zu Abs. (3) h) und Abs. (3) h) wird zu Abs. (3) i).

2. Änderung des § 16 des HVM:

**§ 16
Bereinigung des individuellen Punktzahlvolumens
und der Fachgruppenkontingente bei Selektivverträgen
und bei Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)**

Abs. (1) und (2) bleiben unverändert.

Abs. (3) in § 16 HVM wird gestrichen:

- (3) ~~Um dem gesetzlichen Auftrag nachzukommen, bedarf es einer Regelung, die das Verfahren zur Berücksichtigung des kassenartenspezifisch bereinigten Behandlungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bei der Bereinigung des individuellen Punktzahlvolumens oder des Fachgruppenkontingents der Arztgruppe verbindlich und kassenartenübergreifend regelt. Der Vorstand wird ermächtigt, entsprechende Grundsätze zur Durchführung der Bereinigung zu beschließen.~~

Aufnahme eines neuen Abs. (3) in § 16 HVM:

- (3) **Das individuelle Punktzahlvolumen des jeweiligen ASV-Teilnehmers wird indikationsspezifisch um den arztindividuell zuordenbaren Anteil am ermittelten Leistungsbedarf seines individuellen Punktzahlvolumens des Vorjahresquartals bereinigt. Entscheidend hierfür ist der entsprechende indikationsbezogene „Appendix-Abschnitt1“ des gemäß Richtlinie des GBA über die ASV-Indikation nach § 116 b in der jeweils gültigen Fassung.**

Aufnahme eines neuen Abs. (4) in § 16 HVM:

- (4) **Die Summe aller Bereinigungen gemäß Abs. (3) des individuellen Punktzahlvolumens einer Fachgruppe werden von der anerkannten Punktzahlanforderung des Vorjahresquartals bereinigt und stellt somit die Basis für die Ermittlung des prozentualen Anteils zur Ermittlung der fachärztlichen Fachgruppenkontingente gemäß § 9 Abs. (6) HVM dar.**

Aufnahme eines neuen Abs. (5) in § 16 HVM:

- (5) **Die Bereinigung infolge einer ASV-Teilnahme darf gemäß § 116 b Abs. (6) Satz 14 nicht zu Lasten des hausärztlichen Vergütungsanteils (dies gilt nicht für die Bereinigung des Honorars von der an der hausärztlichen Vergütung teilnehmenden Ärzten, die Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß der jeweiligen Anlagen zur ASV-RL erbringen; sofern keine oder nur eine geringe Anzahl von Vertragsärzten an ASV-Teams teilnehmen, kann zur Sicherstellung der Honorargerechtigkeit das Bereinigungsvolumen auf alle Ärzte der zur Teilnahme an der ASV berechtigten Arztgruppe aufgeteilt werden) und der fachärztlichen Grundversorgung gehen.**

Die Änderung der Honorarverteilung tritt mit Wirkung zum 1. Juli 2017 in Kraft.

Ausgefertigt am 14. Juni 2017

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

Änderungen der Notdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen hat in ihrer Sitzung am 14.06.2017 nachfolgende Änderungen der Notdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen beschlossen, die ab dem 01.07.2017 in Kraft treten. Änderungen sind durch Streichungen bzw. Fettdruck hervorgehoben.

§ 5 Einteilung

Nach dem Abs. 5 wird ein neuer Abs. 6 eingefügt:

6.

Ärzte, die im Rahmen eines besonderen Versorgungsauftrages, z. B. im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung, aufgrund gesetzlicher oder vertraglicher Regelungen, einen eigenen Bereitschaftsdienst auch in den Notdienstzeiten vorhalten bzw. absichern müssen, können vermindert zum ärztlichen Notdienst eingeteilt werden. Über die verminderte Einteilung entscheidet der Vorstand im Einzelfall, wenn dadurch die Sicherstellung des örtlichen Notdienstes nicht gefährdet ist.

Aus dem bisherigen Abs. 6 wird Abs. 7.

Aus dem bisherigen Abs. 7 wird Abs. 8.

Aus dem bisherigen Abs. 8 wird Abs. 9.

Aus dem bisherigen Abs. 9 wird Abs. 10.

Aus dem bisherigen Abs. 10 wird Abs. 11.

Aus dem bisherigen Abs. 11 wird Abs. 12.

§ 10 Rechte und Pflichten des Notdienstbeauftragten

In Abs. 2 wird in Satz 3 nach dem Wort „kann“ das Wort „grundsätzlich“ angefügt, nach Satz 3 ein neuer Satz 4 eingefügt und im neuen Satz 6 die Wörter „ein anderes Mitglied als“ gestrichen und durch „einen anderen“ ersetzt:

2.

Der Vorstand der KVT beruft auf Vorschlag der Regionalstelle den Notdienstbeauftragten für die Dauer der Amtszeit des Vorstandes der KVT. Dem Vorschlag ist die schriftliche Einverständniserklärung zur Übernahme der Tätigkeit als Notdienstbeauftragter beizufügen. Berufen werden kann **grundsätzlich** nur ein Mitglied der KVT. **In besonderen Ausnahmefällen, z. B. wenn kein Mitglied der KVT zur Übernahme der Tätigkeit als Notdienstbeauftragter zur Verfügung steht, ist es möglich, vorübergehend einen am Notdienst teilnehmenden Arzt, der nicht Mitglied der KVT ist, als Notdienstbeauftragten zu berufen.** Legt ein vom Vorstand berufener Notdienstbeauftragter vor Ablauf der Amtszeit sein Amt nieder, hat er dies dem Vorstand der KVT schriftlich mitzuteilen. Legt der berufene Notdienstbeauftragte vor Ablauf der Amtszeit sein Amt nieder oder endet seine Mitgliedschaft in der KVT, beruft der Vorstand der KVT auf Vorschlag der Regionalstelle ~~ein anderes Mitglied als~~ **einen anderen** Notdienstbeauftragten für die noch verbleibende Amtszeit.

In Abs. 3 werden die Wörter „ein Mitglied der Regionalstelle“ gestrichen und durch „einen Notdienstbeauftragten“ ersetzt.

3.

Schlägt die Regionalstelle aus ihren Mitgliedern keinen Notdienstbeauftragten vor, beruft der Vorstand der KVT ~~ein Mitglied der Regionalstelle~~ **einen Notdienstbeauftragten** für diese Position.

ausgefertigt: 14. Juni 2017

gezeichnet: (Dienstsiegel)
Dr. med. Andreas Jordan
Vorsitzender der Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

Eine Lesefassung der geänderten Notdienstordnung finden Sie in **Anlage 6** dieses Rundschreibens und im Internetportal der KVT unter www.kvt.de.

Abrechnung/Honorarverteilung

Nähere Erläuterungen zur Vergütung im Rahmen der konservativen Augenheilkunde im Rahmen eines Neupatientenmodells

Im Rahmen der Honorarvereinbarung für die Jahre 2017 und 2018 (siehe Amtliche Bekanntmachungen dieses Rundschreibens) wurden von den Krankenkassen zusätzliche extrabudgetäre Mittel in Höhe von 1,5 Mio. Euro für das 2. Halbjahr 2017 und 3 Mio. Euro für das Jahr 2018 zur Verfügung gestellt.

Bestandteil dieser Mittel ist ebenfalls ein Betrag in Höhe von 250.000 Euro pro Quartal für die konservative Augenheilkunde im Rahmen eines Neupatientenmodells.

Für die Vergütung in Höhe von 30,00 Euro je anspruchsberechtigtem Behandlungsfall gelten folgende Voraussetzungen:

1. Ein Patient ist zu betreuen, der in den letzten acht Quartalen in derselben Praxis nicht augenärztlich betreut wurde und der Vertragsarzt ist bereits seit mindestens acht Quartalen vertragsärztlich tätig.
2. In dem Behandlungsfall erfolgt ausschließlich eine konservative augenärztliche Behandlung und die GOP 06225 kann entsprechend der Präambel des Kap. 6.1 Nr. 6 berechnet werden.
3. Die Zahl der Behandlungsfälle, in denen die GOP 06225 abgerechnet wurde, ist gegenüber dem Vorjahresquartal gesteigert.
4. Die Vergütung in Höhe von 30,00 Euro je Behandlungsfall erfolgt für die Fälle, in denen ein Patient gemäß Punkt 1. betreut wurde bis maximal der Fallzahlsteigerung gemäß Punkt 3.

Die Vergütung erfolgt über die von der KV Thüringen in den anspruchsberechtigten Fällen zugesetzten GOP 06225F.

Beispiel 1:

- Behandlungsfallzahl mit der GOP 06225 im 3. Quartal 2016: 1.500 Fälle
- Behandlungsfallzahl mit der GOP 06225 im 3. Quartal 2017: 1.520 Fälle
- Fallzahlsteigerung vom 3. Quartal 2016 zum 3. Quartal 2017: 20 Fälle
- Anzahl der Patienten, die in den letzten acht Quartalen in derselben Praxis nicht behandelt wurden (Neupatienten) im 3. Quartal 2017: 30 Fälle
- Vergütung in Höhe von 30,00 Euro je Behandlungsfall, in diesem Fall: 600,00 Euro
(*Fallzahlsteigerung 20 Fälle x 30,00 Euro*)

Beispiel 2:

- Behandlungsfallzahl mit der GOP 06225 im 3. Quartal 2016: 1.500 Fälle
- Behandlungsfallzahl mit der GOP 06225 im 3. Quartal 2017: 1.510 Fälle
- Fallzahlsteigerung vom 3. Quartal 2016 zum 3. Quartal 2017: 10 Fälle
- Anzahl der Patienten, die in den letzten 8 Quartalen in derselben Praxis nicht behandelt wurden (Neupatienten) im 3. Quartal 2017: 30 Fälle
- Vergütung in Höhe von 30,00 Euro je Behandlungsfall, in diesem Fall: 300,00 Euro
(*Fallzahlsteigerung 10 Fälle x 30,00 Euro*)

Ihr Ansprechpartner: Stephan Turk, Telefon 03643 559-150

Änderungen in der Psychotherapie-Vereinbarung zum 01.07.2017

Im Deutschen Ärzteblatt, Heft 21 vom 26.05.2017 wurden die Änderungen der Psychotherapie-Vereinbarung zum 01.07.2017 veröffentlicht. Diese beinhalten:

- Die Anpassung der Einzel- und Gruppentherapien an die neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) ab 01.07.2017.
- Die Anpassung im Gutachterverfahren aufgrund der Änderungen in der Psychotherapie-Richtlinie zum 01.04.2017.

Eine Zusammenfassung der Änderungen haben wir bereits im Rundschreiben 5/2017 veröffentlicht.

Notwendige Kennzeichnungen in der Psychotherapie zum 01.07.2017

Die vielfältigen Änderungen der Gebührenordnungspositionen (GOP) im Kapitel 35.2 sowie der flankierenden Regelungen machen die Kennzeichnung bestimmter GOP erforderlich. Die **bundeseinheitlich vorgegebenen Buchstaben-Anhänge** möchten wir Ihnen nachfolgend aufzeigen:

▪ Kennzeichnung für abgeleitete Psychotherapie-Leistungen aus Kapitel 35.2 EBM

- B** Einbeziehung einer Bezugsperson
- H** Verhaltenstherapie 50 Minuten
- Z** Verhaltenstherapie 50 Minuten mit Bezugsperson
- N** Verhaltenstherapie 50 Minuten, die 25. Stunde einer Kurzzeittherapie, die vor 01.04.17 beantragt wurde
- W** Verhaltenstherapie 50 Minuten, die 25. Stunde einer Kurzzeittherapie, die vor 01.04.17 beantragt wurde mit Bezugsperson
- X** Verhaltenstherapie 50 Minuten Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe
- Y** Verhaltenstherapie 50 Minuten Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe mit Bezugsperson
- L** 25. Stunde einer Kurzzeittherapie, die vor dem 01.04.17 beantragt wurde
- S** 25. Stunde einer Kurzzeittherapie mit Bezugsperson, die vor dem 01.04.17 beantragt wurde
- R** Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe
- U** Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe mit Bezugsperson

Die Abrechnung von Gruppentherapien mit nur zwei Teilnehmern (Alt-Fälle) ist weiterhin möglich. Ab 01.07.2017 erfolgt die Abrechnung mit bundeseinheitlichen Pseudo-Gebührenordnungspositionen (Pseudo-GOP 80502, 80512, 80522, 80532, 80542 und 80552).

▪ Kennzeichnung für Probatorische Sitzungen

- B** mit Bezugsperson
- L** nach Übergangsregelung 5.-8. Sitzung, die vor dem 01.04.17 begonnen wurde
- S** nach Übergangsregelung 5.-8. Sitzung, die vor dem 01.04.17 begonnen wurde mit Bezugsperson

Veränderungen in der Antragsstellung im Formblatt PTV 2 für Gruppentherapien zum 01.07.2017

Die neue Struktur des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) ab dem 01.07.2017 sieht für jede Teilnehmerzahl in der Gruppentherapie separate GOP vor. Die Therapeuten müssen sich **nicht** schon bei der Antragsstellung auf eine Gruppengröße festlegen. Bei der Beantragung im Formblatt PTV 2 sollen **nur die ersten vier Stellen der GOP** eingetragen werden, die **fünfte Stelle** wird mit einem „X“ ersetzt. Die Krankenkassen bewilligen dann die GOP aller Gruppengrößen der beantragten Gruppenbehandlung. Der Therapeut rechnet jeweils die GOP der tatsächlichen Gruppengröße ab.

Elektronische Dokumentation zur Früherkennungskoloskopie

Zum 01.01.2017 wurde die Dokumentation der Früherkennungskoloskopie zur Erfassung der Indikationsstellung um die Ankreuzfelder

- **Koloskopie als primäre Screening-Untersuchung**
- **Koloskopie nach positivem iFOBT**

erweitert.

Bei der Bearbeitung des Abrechnungsquartals 1/2017 ist uns aufgefallen, dass an dieser Stelle oft keine Auswahl vorgenommen wurde.

Es ist unbedingt darauf zu achten, dass der Grund der Untersuchung (Auswahlfelder) angekreuzt wird. Wenn keines der beiden Felder ausgewählt wurde, ist die Dokumentation fehlerhaft und kann nicht zur Auswertung an die Kassenärztliche Bundesvereinigung weitergeleitet werden.

Gültigkeit von Überweisungsscheinen

Überweisungsscheine sind im Ausstellungsquartal oder im darauf folgenden Quartal gültig.

Es ist falsch, die Terminvergabe abzulehnen, wenn der Überweisungsschein im Vorquartal ausgestellt wurde. Voraussetzung ist außerdem die Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Diese Regelung ist explizit in den Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung verankert.

Wichtig! Ein Überweisungsschein kann nur für ein Abrechnungsquartal verwendet werden. Insbesondere bei Ärzten, die nur auf Überweisung tätig werden dürfen, ist bei Behandlung über das Quartalsende hinaus ein weiterer Überweisungsschein notwendig.

Förderung von Strukturen zur Verbesserung der Versorgung von Versicherten der AOK PLUS

Bitte beachten Sie, dass die Leistungen nach GOP 99018A bis 99018E im Rahmen der Anlage 5 (Förderung von Strukturen zur Verbesserung der Versorgung von Versicherten) zur Vereinbarung zur Steigerung der Qualität in der ambulanten Versorgung nach der Erbringung von Seiten des Arztes aktiv selbst abzurechnen und einmal im Behandlungsfall abrechnungsfähig sind.

Darüber hinaus ist die Vergütung für Versicherte, die durch ihren in der Hausarztzentrierten Versorgung Thüringen (HzV-THR) eingeschriebenen und betreuenden Arzt behandelt werden und Teilnehmer der HzV-THR sind, ausgeschlossen.

Die Anlage 5 „Förderung von Strukturen zur Verbesserung der Versorgung von Versicherten“ und die Diagnoseliste (Anhang 1) finden Sie im Mitgliederportal (KVTOP) der KV Thüringen unter <https://kvtop.kvt.kv-safenet.de> → Verträge.

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

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

Die Kontaktaufnahme ist auch per E-Mail an abrechnung@kvt.de möglich.

Änderungen der Vereinbarung zur Europäischen Krankenversicherungskarte

Ab 01.07.2017

- entfällt Muster 80 und
- **Muster 81 wird durch das neue Patientenformular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ ersetzt.**

Patienten aus dem EU- bzw. EWR-Ausland und der Schweiz, die im Ausland krankenversichert sind, sich vorübergehend in Deutschland aufhalten und hier ärztliche Behandlung benötigen, haben direkten Anspruch auf eine vertragsärztliche Versorgung gegen Vorlage einer Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) bzw. einer provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB).

Aufgrund der geänderten gesetzlichen Vorgaben zum 01.07.2017 bitten wir Sie, Folgendes zu beachten:

- Die Muster 80 und 81 dürfen ab dem 01.07.2017 nicht mehr benutzt werden und das Muster 81 wird durch das Patientenformular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ ersetzt.
- Drucken Sie das Patientenformular aus, welches im PVS (Praxisverwaltungssystem) in 13 Sprachen hinterlegt ist, und lassen Sie dieses vom Patienten gut lesbar ausfüllen oder füllen Sie dies gemeinsam mit dem Patienten gut lesbar aus. Bitte prüfen Sie am Ende, dass alle Felder gefüllt sind. Anschließend kopieren Sie dieses gut lesbar und tragen zusätzlich Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes für die Zuordnung auf.
- Zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs kopieren Sie gut lesbar die Vorder- und Rückseite der EHIC bzw. der PEB jeweils zweimal und tragen zusätzlich Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes auf allen Kopien für die Zuordnung auf.
- Eine Kopie des Identitätsnachweises muss nach Überprüfung der Identität nicht mehr erfolgen.
- Eine Kopie der Dokumentation des Behandlungsanspruchs (mit Datum, Stempel und Unterschrift) und das Original-Patientenformular sind unverzüglich nach dem ersten Arzt-Patienten-Kontakt an die aushelfende deutsche Krankenkasse zu übersenden.
- Die Dokumentation des Behandlungsanspruchs und das Patientenformular wurden auf ein „gleitendes“ Quartal überführt, d. h. sie müssen mindestens einmal innerhalb von drei Monaten erstellt werden und eine erneute Dokumentation am Quartalsübergang entfällt.
- Der Leistungsumfang umfasst alle medizinisch notwendigen Leistungen.
- Die Fälle sind als Ersatzverfahren (Muster 5) abzurechnen und bei der KV Thüringen einzureichen.
- Im Adressfeld tragen Sie den Namen, Vornamen und das Geburtsdatum sowie die gewählte deutsche Krankenkasse ein. Im Feld Status bei „Versichertenart“ (Feldkennung 3108) bitte eine 1 und bei „Besondere Personengruppe“ (Feldkennung 4131) eine 7 eintragen.
- Bei der Abrechnung von Gebührenordnungspositionen (GOP), z. B. Quartalspauschalen, muss darauf geachtet werden, dass eine Abrechnung nur im Aufenthaltszeitraum des Patienten gemäß Patientenformular möglich ist.
- Bei Auftragsleistungen (z. B. Laborärzte) ist zu beachten, dass diese nur während der Aufenthaltsdauer gemäß Patientenformular erbracht und abgerechnet werden dürfen.
- Überweisungen sind möglich. Hier bitte ebenfalls im Feld Status bei „Versichertenart“ eine 1 und bei „Besondere Personengruppe“ eine 7 eintragen und die voraussichtliche Aufenthaltsdauer gemäß Patientenformular vermerken.
- Die Zweitkopie der Dokumentation des Behandlungsanspruchs (mit Datum, Stempel und Unterschrift) und die Kopie des Patientenformulars müssen bei der erstmaligen Abrechnung mit den Abrechnungsunterlagen bei der KV Thüringen eingereicht werden. Nur vollständige Abrechnungsunterlagen werden in der KV Thüringen weiterverarbeitet, alle unvollständigen werden zur Änderung/Ergänzung an die Arztpraxis zurückgesandt. Es entfällt die Aufbewahrung der Kopien in der Arztpraxis.
- Für die Fotokopien ist die GOP 40144 und für die Versendung der Unterlagen ist die GOP 40120 berechnungsfähig.

Ihre Ansprechpartnerin: Carmen Schellhardt, Telefon 03643 559-134

Verordnung und Wirtschaftlichkeit

Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie

▪ Medizinprodukte – Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)

Medizinprodukte mit arzneimittelähnlichem Charakter können nur noch dann zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden, wenn sie in Anlage V der AM-RL gelistet sind. Das gilt auch für Verordnungen im Sprechstundenbedarf. Der G-BA hat folgende Verlängerungen der Verordnungsfähigkeit beschlossen:

Produktbezeichnung	Befristung der Verordnungsfähigkeit bis	Inkrafttreten des Beschlusses
BSS® STERILE SPÜLLÖSUNG	08.04.2022	10.04.2017
BSS PLUS®	08.04.2022	10.04.2017
Pro Visc®	08.04.2022	10.04.2017
VISCOAT®	20.10.2022	10.04.2017
DuoVisc®	20.10.2022	10.04.2017

▪ Frühe Nutzenbewertung – Anlage XII der 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*
Olaratumab (Lartruvo) 18.05.2017 Beschluss ist befristet bis 01.05.2020	In Kombination mit Doxorubicin zur Behandlung des fortgeschrittenen Weichteilsarkoms	Beträchtlicher Zusatznutzen – da es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens handelt, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt.
Palbociclib (Ibrance) 18.05.2017 Beschluss ist befristet bis 01.10.2018	In verschiedenen Kombinationen zur Behandlung des fortgeschrittenen Brustkrebs bei Frauen	Ein Zusatznutzen ist nicht belegt gegenüber den verschiedenen Vergleichstherapien.

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

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.

Die Geltungsdauer folgender Beschlüsse wurde verlängert: **Alipogentiparvovec** bis zum 31.12.2017 und **Ponatinib** bis zum 01.12.2019.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) informiert auf ihrer Internetseite 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“.

▪ Migalastat und Elotuzumab – bundesweite Praxisbesonderheiten

Im Rahmen der frühen Nutzenbewertung gelten einige Wirkstoffe, in den Indikationen, in denen der G-BA einen Zusatznutzen festgestellt hat, als bundeseinheitliche Praxisbesonderheit und werden im Rahmen einer Richtgrößenprüfung vollumfänglich anerkannt. Neu hinzugekommen ist Migalastat (Galafold®) und Elotuzumab (Empliciti®).

Migalastat ist ab dem 01.06.2017 in folgendem Anwendungsgebiet als Praxisbesonderheit anzuerkennen: Dauerbehandlung von Erwachsenen und Jugendlichen (ab 16 Jahre) mit gesicherter Morbus Fabry-Diagnose (α -Galactosidase-A-Mangel), die eine auf die Behandlung ansprechende Mutation aufweisen (siehe Fachinformation des Herstellers). Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt nur, solange der Hersteller Galafold in Deutschland in Verkehr bringt. Galafold ist nicht für die gleichzeitige Anwendung mit Enzymersatztherapie vorgesehen. Bei gleichzeitiger Anwendung ist die Anerkennung als Praxisbesonderheit ausgeschlossen.

Elotuzumab (Empliciti®) ist ab dem 20.05.2017 als Praxisbesonderheit in folgender Indikation anzuerkennen: Empliciti® ist in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason zur Behandlung des Multiplen Myeloms bei Erwachsenen indiziert, welche mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben.

Ihre Ansprechpartnerinnen: Anja Auerbach, Telefon 03643 559-763
Bettina Pfeiffer, Telefon 03643 559-764

Änderungen der Schutzimpfungs-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert-Koch-Instituts vom vergangenen Jahr umgesetzt und folgende Änderungen der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) beschlossen:

▪ Influenza

Die STIKO hat die präferentielle Empfehlung für die Verwendung eines attenuierten Influenza-Lebendimpfstoffes für Kinder von 2 bis 6 Jahren zunächst für die Saison 2016/2017 ausgesetzt. Im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes hat der G-BA auf dieser Basis die **Anwendung des nasalen Grippeimpfstoffes aus der SI-RL gestrichen**. Kinder und Jugendliche sollten nun bei gegebener Indikation mit einem inaktivierten Impfstoff geimpft werden. Entsprechend wurde auch die Abrechnungsziffer 89112N (Influenza nasal) gestrichen.

Weiterhin erfolgte eine **Klarstellung zur Impfung von Betreuungspersonen**. Danach besteht jetzt eine Indikation zur Impfung zu Lasten der GKV für Personen, die als mögliche Infektionsquelle im selben Haushalt leben oder von ihnen betreute Risikopersonen gefährden können. Als Risikopersonen gelten Personengruppen mit Grundkrankheiten, bei denen es Hinweise auf eine deutlich reduzierte Wirksamkeit der Influenza-Impfung gibt, wie z. B. Personen mit dialysepflichtiger Niereninsuffizienz oder Personen mit angeborener oder erworbener Immundefizienz bzw. -suppression.

▪ HPV

Hier wird der Einführung eines neuen Impfstoffes Rechnung getragen und es werden die einzelnen Impfschemata aufgeführt. Je nach Impfstoff ist im Alter von 9 bis 13 bzw. 9 bis 14 Jahren ein 2-Dosen-Impfschema mit einem Impfabstand von 5 bzw. 6 Monaten zugelassen. Bei Nachholimpfungen beginnend im Alter von > 13 bzw. > 14 Jahren oder bei einem Impfabstand von < 5 bzw. < 6 Monaten ist eine 3. Impfdosis erforderlich. Ferner wurde der Hinweis aufgenommen, dass eine begonnene Impfserie mit dem gleichen HPV-Impfstoff vervollständigt werden sollte.

▪ Pneumokokken

Die **Standardimpfung** für Personen über 60 Jahre erfolgt jetzt gemäß SI-RL mit dem 23-valenten Polysaccharidimpfstoff. Eine Wiederholungsimpfung kann nach individueller Indikationsstellung auch mit dem 23-valenten Polysaccharidimpfstoff im Abstand von mindestens sechs Jahren erfolgen.

Personen ab einem Alter von 16 Jahren mit **chronischen Erkrankungen** wie Herzerkrankungen, Asthma oder Diabetes erhalten eine **Impfung mit dem 23-valenten Polysaccharidimpfstoff**.

Eine **sequentielle Impfung** (Impfung mit dem 13-valenten Konjugatimpfstoff gefolgt von dem 23-valenten Polysaccharidimpfstoff nach 6 bis 12 Monaten) erhalten alle Personen mit einem angeborenen oder erworbenen Immundefekt, Kinder von 2 bis 15 Jahren mit einer chronischen Erkrankung und Patienten mit einer Liquorfistel oder einem Cochleaimplantat. Der 23-valente Polysaccharidimpfstoff wird für Kinder unter zwei Jahren nicht empfohlen.

Aufgrund der begrenzten Dauer des Impfschutzes soll die Impfung mit dem 23-valenten Polysaccharidimpfstoff in allen Risikogruppen mit einem Mindestabstand von sechs Jahren wiederholt werden.

Weiterhin wurden **berufliche Tätigkeiten**, die zu einer Exposition gegenüber Metallrauchen führen, als Indikationsimpfung in die SI-RL aufgenommen. Die Neufassung der SI-RL zum Abschnitt Pneumokokken finden Sie in **Anlage 1** dieses Rundschreibens.

Der Text für die **Abrechnungsziffern 89120 und 89120R** lautet jetzt: „Pneumokokken – sonstige Indikationen“. Die **Ziffer 89120** ist im Rahmen der sequentiellen Impfung bei beiden Impfstoffen zu verwenden.

▪ Reiseimpfungen

Der Leistungsanspruch bei Reiseimpfungen wurde konkretisiert. § 11 Abs. 3 lautet jetzt:

„(3) Versicherte haben nur dann Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos durch einen Auslandsaufenthalt indiziert sind (sogenannte Reiseschutzimpfungen), wenn

- der Auslandsaufenthalt beruflich bedingt ist,
- die Ausbildungsstätte bestätigt, dass der Auslandsaufenthalt im Rahmen der Ausbildung durch Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben ist oder
- entsprechend den Hinweisen in Anlage 1 zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen.

In allen anderen Fällen sind Schutzimpfungen nach Satz 1 von der Leistungspflicht ausgeschlossen.“

In der Tabelle in Anlage 1 zur SI-RL wird jeweils der Satz „Für Reiseschutzimpfungen besteht kein Leistungsanspruch.“ ersetzt durch „Für Reiseschutzimpfungen besteht nur im Rahmen des § 11 Abs. 3 Satz 1 ein Leistungsanspruch.“. Bei Poliomyelitis wird folgender Satz eingefügt: „Reiseschutzimpfung zur Vorbeugung der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland.“

Damit sind Reiseimpfungen nur in den oben genannten Fällen eine Leistung der GKV. Der Impfstoffbezug erfolgt bei gegebener Indikation

- über den Sprechstundenbedarf bei Impfungen gegen FSME, Hepatitis A, Hepatitis B (**Achtung!** nur Einzelimpfstoffe, keine Kombinationsimpfstoffe), Influenza, Meningokokken und Poliomyelitis;
- auf den Namen des Versicherten bei Impfungen gegen Cholera, Gelbfieber, Typhus und Tollwut.

Ihre Ansprechpartnerinnen: Anja Auerbach, Telefon 03643 559-763
Bettina Pfeiffer, Telefon 03643 559-764

Aktuelle Informationen zur Versorgung mit saisonalen Grippeimpfstoffen

Die Weltgesundheitsorganisation und der Ausschuss für Humanarzneimittel bei der Europäischen Arzneimittelagentur haben ihre Empfehlungen zur Zusammensetzung des Influenzaimpfstoffes 2017/2018 veröffentlicht. Diese hat sich gegenüber der Saison 2016/2017 in einer Komponente (neu: A/Michigan/45/2015 (H1N1) pdm 09-ähnlicher Stamm, statt: A/California/7/2009 (H1N1) pdm 09-ähnlicher Stamm) geändert.

Entsprechend den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts (www.stiko.de) wird die Impfung für den rechtzeitigen Impfschutz in den Monaten Oktober und November angeraten.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (AMVSG) endet für die gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit, Rabattverträge über Impfstoffe auszuschreiben. Die gesetzlichen Krankenkassen in Thüringen haben bereits vor dem Inkrafttreten des AMVSG Rabattvereinbarungen zur Durchführung der Schutzimpfungen (Pflichtleistungen der Schutzimpfungs-Richtlinie) zur Versorgung der Versicherten ab dem vollendeten 7. Lebensjahr für die nachfolgend genannten Grippeimpfstoffe abgeschlossen. **Diese Rabattvereinbarungen sind in der Saison 2017/2018 gültig und die Verordnung der genannten beiden Impfstoffe gilt grundsätzlich als wirtschaftlich:**

- **Influvac 2017/2018 Fertigspritzen mit Kanüle**
- **Afluria 2017/2018 Fertigspritzen ohne Kanüle**

Die Auswahl und Verordnung der Impfstoffe im Rahmen des Sprechstundenbedarfs hat bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erfolgen. Bei der Auswahl und Verordnung sind sämtliche Preisvorteile bzw. Rabatte zu berücksichtigen. Die Verordnungen von rabattbegünstigten Impfstoffen gelten aufgrund der kassenseitig vertraglich vereinbarten Preise als wirtschaftlich. Für medizinisch begründete und dokumentierte Einzelfälle oder wenn die zeitnahe Sicherstellung der Impfung anders nicht gewährleistet ist, können unter Berücksichtigung der individuellen Eignung des Patienten auch andere Impfstoffe ausgewählt und in der erforderlichen Menge im Rahmen des Sprechstundenbedarfs verordnet werden.

Wie bisher gelten folgende Grundsätze:

- Für die Verordnung von Grippeimpfstoffen 2017/2018 für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Ordnungsblatt Muster 16 zu verwenden. Die Verordnung ist zu Lasten des Kostenträgers AOK PLUS auszustellen und die Markierungsfelder „8“ Impfstoffe und „9“ Sprechstundenbedarf sind zu kennzeichnen.
- Auf der Verordnung sind die vollständige namentliche Bezeichnung des Impfstoffes (einschließlich der Angabe mit bzw. ohne Kanüle/Nadel) und die Anzahl der Packungen bzw. Impfstoffdosen (Verordnungsmenge) anzugeben.
- Zur Vermeidung von Impfstoff-Überbeständen am Ende der Impfsaison soll die Verordnung bedarfsgerecht (Orientierung an Monatszeiträumen) erfolgen.
- Der über die AOK PLUS bezogene Sprechstundenbedarf darf nur für Patienten der GKV und der freien Heilfürsorge (Bundeswehr, Bundespolizei, Polizei) verwendet werden.
- Für Impfungen anderer Kostenträger ist ein gesonderter Vorrat anzulegen und eine Verordnung zu Lasten dieser Kostenträger bzw. als Privatrezept auszustellen.

Prüfen Sie die Abrechnung Ihrer Leistungen auf Vollständigkeit. Aus der Rechtsprechung erwächst die Verpflichtung, erbrachte Leistungen auch abzurechnen. Bei einer Vielzahl täglicher Impfleistungen, wie in der Grippezeit üblich, darf die Leistungsabrechnung nicht unterbleiben. Diskrepanzen zwischen der Menge der bezogenen Impfstoffdosen und der Anzahl der abgerechneten Impfleistungen führten in der Vergangenheit zu Vorwürfen der Unwirtschaftlichkeit sowie zu Einzelfallprüfungen von Seiten der Krankenkassen und sollten daher vermieden werden.

Es besteht weiterhin Konsens mit den Thüringer Krankenkassen und ihren Verbänden, dass bisherige Prozedere bei Grippeimpfungen fortzuführen. **Im Interesse der Verhinderung einer Influenzaepidemie sollten möglichst alle Patienten der in der Schutzimpfungs-Richtlinie genannten Indikationsgruppen geimpft werden, insbesondere wie bisher z. B. die Personen mit Publikumsverkehr und über 60-Jährige.**

Ihre Ansprechpartnerinnen: Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-760
Bettina Pfeiffer, Telefon 03643 559-764

Heilmittel-Richtlinie: Lymphödem – bereits ab Stadium II langfristiger Heilmittelbedarf

Das Bundesministerium hat die Ergänzung der Anlage 2 Heilmittel-Richtlinie (HM-RL) um Diagnosen zu Erkrankungen des Lymphsystems nicht beanstandet und der entsprechende Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 16.03.2017 ist nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 30.05.2017 in Kraft getreten. Die aktualisierten Diagnoselisten (Stand 30.05.2017) „Langfristiger Heilmittelbedarf/besonderer Verordnungsbedarf“ finden Sie unter <http://www.kbv.de/html/22246.php>.

Lymphödeme werden damit bereits ab Stadium II als schwere und dauerhafte funktionelle/strukturelle Schädigung anerkannt. Heilmittelverordnungen mit den entsprechenden ICD-10-GM-Codes und Diagnosegruppen der Anlage 2 der HM-RL begründen einen langfristigen Heilmittelbedarf und unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung. In den Praxisverwaltungssystemen wird diese Änderung ab dem 01.07.2017 berücksichtigt. In Anlage 2 der HM-RL wird der **Abschnitt „Erkrankungen des Lymphsystems“** wie folgt gefasst:

ICD-10	Diagnose	Hinweis/Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationschlüssel
			Physiotherapie
Erkrankungen des Lymphsystems			
I89.01	Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium II		LY2
I89.02	Lymphödem der oberen und unteren Extremitäten, Stadium III		
I89.04	Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium II		
I89.05	Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium III		
I97.21	Lymphödem nach (partieller) Mastektomie (mit Lymphadenektomie), Stadium II		LY2
I97.22	Lymphödem nach (partieller) Mastektomie (mit Lymphadenektomie), Stadium III		
I97.82	Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am axillären Lymphabflussgebiet, Stadium II		
I97.83	Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am axillären Lymphabflussgebiet, Stadium III		
I97.85	Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am inguinalen Lymphabflussgebiet, Stadium II		
I97.86	Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am inguinalen Lymphabflussgebiet, Stadium III		
C00- C97	Bösartige Neubildungen	Bösartige Neubildungen nach OP/Radiatio, insbesondere bei – Bösartigem Melanom – Mammakarzinom – Malignome Kopf/Hals – Malignome des kleinen Beckens (weibliche, männliche Genitalorgane, Harnorgane)	LY3
Q82.01	Hereditäres Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium II		LY2
Q82.02	Hereditäres Lymphödem der oberen und unteren Extremitäten, Stadium III		
Q82.04	Hereditäres Lymphödem, sonstige Lokalisationen, Stadium II		
Q82.05	Hereditäres Lymphödem, sonstige Lokalisationen, Stadium III		

Ihre Ansprechpartnerinnen: Anja Auerbach, Telefon 03643 559-763
Bettina Pfeiffer, Telefon 03643 559-764

Aktuelle Vergütungslisten der Heilmittel-Leistungen

Zur eigenen Kontrolle Ihrer veranlassten Verordnungskosten im Heilmittelbereich stellen wir Ihnen auf unserer Internetseite unter www.kvt.de → [Arzt/Psychoth.](#) → [Beratungsservice von A bis Z](#) → [Heilmittel](#) die aktuell gültigen Heilmittelpreise zur Verfügung. Nutzen Sie bitte diese Listen auch bei Ihren Therapieentscheidungen im Sinne einer wirtschaftlichen Verordnung.

Bitte beachten Sie, dass die Positionen „Logopädische Befunderhebung“ und „ausführlicher Bericht auf Anforderung der KK“ nicht zwischen der Knappschaft und den Berufsverbänden vereinbart wurden und entgegen unserer Informationen in Anlage 6 des Rundschreibens 03/2017 auch keine Vergütung durch die Knappschaft vorgesehen ist.

Ihre Ansprechpartnerin: Anja Auerbach, Telefon 03643 559-763

Medikamentengabe im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

Die Aufgaben und Tätigkeiten der Pflegedienste im häuslichen Umfeld der Patienten beim Stellen und Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten führten in den vergangenen Jahren immer wieder zu Unstimmigkeiten zwischen verordnenden Ärzten, Pflegediensten und Krankenkassen. Daher hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) jetzt eine Klarstellung vorgenommen. Die Leistungsbeschreibung Nr. 26 wurde aufgegliedert in das Richten und das Verabreichen von Medikamenten. Bei Letzterem wurde der Vermerk aufgenommen: „Das Verabreichen beinhaltet auch die notwendige Vorbereitung der Medikamente.“ Den Text der Leistungsbeschreibung Nr. 26 (Auszug) finden Sie in **Anlage 2** dieses Rundschreibens.

Bei **Wechsel und Pflege der Trachealkanüle** (Leistungsbeschreibung Nr. 29) wurde zur Klarstellung folgender Satz aufgenommen:

„Der Wechsel einer Trachealkanüle umfasst auch den Wechsel einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle und umgekehrt.“

Den vollständigen Text der Richtlinie finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter www.g-ba.de.

Ihre Ansprechpartnerinnen: Anja Auerbach, Telefon 03643 559-763
Bettina Pfeiffer, Telefon 03643 559-764

Verordnung von Krankenförderung, Krankenhausbehandlung und Soziotherapie durch Psychotherapeuten

Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen seit dem 27.05.2017 **Krankenförderung** verordnen. Sie verwenden dafür – wie die Vertragsärzte – das Formular „Muster 4“ (Verordnung einer Krankenförderung). Die Vorgaben der Krankentransport-Richtlinie sind gleichfalls zu beachten.

Zur Notwendigkeit der Beförderung werden in § 3 Abs. 1 der Richtlinie folgende Sätze angefügt:

„Vertragspsychotherapeutinnen oder Vertragspsychotherapeuten können unter den Voraussetzungen dieser Richtlinie Fahrten verordnen, die im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Leistung der Krankenkasse zwingend notwendig sind. Dies gilt auch für Fahrten zur stationären Krankenhausbehandlung, soweit die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut nach der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie berechtigt ist, stationäre Krankenhausbehandlung zu verordnen.“

Die dafür notwendige Änderung der Krankenhausbehandlungs-Richtlinie ist ebenfalls mit Wirkung vom 08.06.2017 in Kraft getreten. Damit ist auch die Verordnung von **Krankenhausbehandlung** durch Psychotherapeuten möglich.

In der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie wird in § 1 folgender Absatz 4 ergänzt:

„Die Verordnung durch eine Vertragspsychotherapeutin oder einen Vertragspsychotherapeuten ist nur zulässig, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie:

- gemäß der jeweils aktuell geltenden Psychotherapie-Richtlinie vorliegt oder
- gemäß Anlage I Nummer 19 (Neuropsychologische Therapie) § 4 der Richtlinie des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung vorliegt.

Über die oben definierten Indikationsbereiche hinaus ist eine Verordnung auch dann zulässig, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum des Kapitels V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10-GM Version 2017 vorliegt und eine Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt erfolgt.“

Die Verordnung erfolgt ebenfalls auf dem selben Formular (Muster 2), welches auch die Vertragsärzte verwenden.

Künftig ist auch eine Verordnung von **Soziotherapie** durch Psychotherapeuten möglich. Die Änderung der Richtlinie ist bereits zum 08.06.2017 in Kraft getreten. Nun müssen der Spitzenverband der GKV und die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Vergütung für das Ausstellen des Formulars vereinbaren.

Alle Richtlinien und Beschlüsse sind auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unter www.g-ba.de abrufbar.

Ihre Ansprechpartnerinnen: Anja Auerbach, Telefon 03643 559-763
Bettina Pfeiffer, Telefon 03643 559-764

Disease-Management-Programme

Achtung! Änderungen in den DMP-Dokumentationen zum Diabetes mellitus Typ 2

Mit Inkrafttreten des Beschlusses über die Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) – Änderung der Anlage 1 (DMP Diabetes mellitus Typ 2) – ergaben sich einige Änderungen, **die zum 01.07.2017 umzusetzen sind.**

Die wichtigsten Änderungen im Überblick:

- Der Dokumentationsparameter Fußstatus wurde in neue Fragekomplexe aufgeteilt. Dazu gehören „Pulsstatus“, „Sensibilitätsprüfung“, „Weiteres Risiko für Ulcus“, „Ulcus“ und „(Wund)Infektion“. Diese Angaben sind für Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, verpflichtend. Die Dokumentation des Fußstatus nach der Wagner-Armstrong-Klassifikation entfällt.
- Das Intervall für künftige Fußinspektionen wurde neu aufgenommen. Anhand der folgenden Kriterien ist die künftige Frequenz der Fußinspektion einschließlich der Kontrolle des Schuhwerks festzulegen:
 - Keine sensible Neuropathie → jährlich
 - sensible Neuropathie → alle sechs Monate
 - sensible Neuropathie und Zeichen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit und/oder Risiken wie Fußdeformitäten (ggf. infolge Osteoarthropathie), Hyperkeratose mit Einblutung, Z. n. Ulkus, Z. n. Amputation → alle drei Monate oder häufiger

In der Erstdokumentation wird künftig abgefragt, ob der Patient bereits vor Einschreibung in das DMP an einer Diabetes- und/oder Hypertonie-Schulung teilgenommen hat. Sofern eine Teilnahme stattgefunden hat, ist eine erneute Teilnahme an einer Schulung dadurch **NICHT** ausgeschlossen!

Folgende Untersuchungen sind regelmäßig durchzuführen:

- Berechnung der geschätzten (estimated) glomerulären Filtrationsrate (eGFR) → mindestens einmal jährlich
- Augenärztliche Untersuchung einschließlich Netzhautuntersuchung in Mydriasis zum Ausschluss einer Retinopathie → ein- oder zweijährlich (risikoabhängig, siehe Anlage 6-Versorgungsinhalte, Nummer 1.7.2.3)
- Inspektion der Füße einschließlich klinischer Prüfung auf Neuropathie und Prüfung des Pulsstatus → mindestens einmal jährlich
- Untersuchung der Füße bei erhöhtem Risiko einschließlich Überprüfung des Schuhwerks → mindestens vierteljährlich oder mindestens halbjährlich (gemäß Befund siehe Anlage 6-Versorgungsinhalte Tabelle, Nummer 1.7.3.2)
- Blutdruckmessung → vierteljährlich, mindestens halbjährlich
- HbA1c-Messung → vierteljährlich, mindestens halbjährlich
- Bei insulinpflichtigen Patientinnen und Patienten Untersuchung der Spritzstellen auf Lipohypertrophie und der korrekten Injektionstechnik → vierteljährlich, mindestens halbjährlich, bei starken Blutzuckerschwankungen auch häufiger

Ihre Ansprechpartnerin: Jana Schröder, Telefon 03643 559-745

Berichte der Gemeinsamen Einrichtung

In halbjährlichen Abständen werden über alle DMP-Indikationen die Berichte der Gemeinsamen Einrichtung erstellt. Darin enthalten sind die Qualitätsmaßnahmen gemäß DMP-A-RL bzw. DMP-RL mit Zielwerterreichung für den KV-Bereich Thüringen. Diese Qualitätsziele und Qualitätsmaßnahmen sind für die Auszahlung der vereinbarten Qualitätsboni nicht relevant. Die dort dargestellten Ergebnisse sind Bestandteil der Anlage „Qualitätssicherung“ des jeweiligen DMP-Vertrages.

Informationen zu den aktuellen vergütungsrelevanten Qualitätszielen gemäß des DMP-übergreifenden Vergütungsvertrages finden Sie auf der nachfolgenden Seite.

Die Auswertungen für das Jahr 2016 zeigen für die Qualitätssicherungsmaßnahmen noch Verbesserungspotential auf. Die nachfolgenden Hinweise sollen Ihnen dabei helfen, die Ergebnisse der Qualitätsziele weiter zu verbessern und Dokumentationsfehlern vorzubeugen. Ziel ist eine kontinuierliche Ergebnisverbesserung im Hinblick auf die zu erreichenden Qualitätsziele.

▪ DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

Das Qualitätsziel „**Hoher Anteil von Teilnehmern ohne diabetische Nephropathie mit jährlicher Bestimmung der Albumin-Ausscheidung im Urin**“ wurde in den Berichten der Gemeinsamen Einrichtung über die Jahre nie erreicht. Diese Angabe ist verpflichtend für alle Teilnehmer an den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2. Mindestens einmal jährlich ist auf Grund des individuellen Risikoprofils (insbesondere Diabetesdauer, Alter, Retinopathie, weitere Begleiterkrankungen) zu prüfen, ob eine Patientin oder ein Patient von einer regelmäßigen Bestimmung der Albumin-Ausscheidung im Urin profitieren kann. Zum Ausschluss einer diabetischen Nephropathie ist der Nachweis einer normalen Urin-Albumin-Ausscheidungsrate oder einer normalen Urin-Albumin-Konzentration im ersten Morgenurin ausreichend. Hierunter sind sowohl die Makro- als auch die Mikroalbuminurie und/oder die Proteinurie ab einer Eiweißausscheidungsrate > 30 mg/24 Stunden (20mg/l Urin) zu verstehen. Wenn dieser Wert nicht untersucht wurde, ist hier zur Vollständigkeit eine Angabe bei „nicht untersucht“ zu machen.

▪ DMP COPD

Die „**Überprüfung der Inhalationstechnik**“ ist ein **Pflichtfeld** für alle Teilnehmer am DMP COPD. Nach einer initialen Einweisung in die Applikationstechnik soll die Inhalationstechnik in jedem Dokumentationszeitraum mindestens einmal überprüft werden.

Wenn Sie selbst als Facharzt der koordinierende und dokumentierende Arzt sind, dann kennzeichnen Sie bitte das Dokumentationsfeld „**COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst**“ mit „**Ja**“ (da keine unmittelbare „Eigenüberweisung“ abgefragt wird). Hier sollte der Übergang von der Bedarfstherapie zur Dauertherapie mit „Systemischen Glukokortikosteroiden“ unter „Sonstige diagnosespezifische Medikation“ beachtet werden. Eine Dauertherapie entsprechend der Anlage „Qualitätssicherung COPD“ beginnt, wenn in zwei Dokumentationen hintereinander das Dokumentationsfeld „systemische Glukokortikosteroide“ mit „Ja“ angegeben wurde.

Eine Überweisung vom koordinierenden Arzt zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgt nach einer Prüfung, insbesondere bei folgenden Indikationen/Anlässen:

- bei unzureichendem Therapieerfolg trotz intensivierter Behandlung,
- wenn eine Dauertherapie mit oralen Steroiden erforderlich wird,
- bei vorausgegangener Notfallbehandlung,
- bei Begleiterkrankungen (z. B. schweres Asthma bronchiale, symptomatische Herzinsuffizienz, zusätzliche chronische Lungenerkrankungen),
- bei Verdacht auf respiratorische Insuffizienz (z. B. zur Prüfung der Indikation zur Langzeitsauerstofftherapie bzw. intermittierenden häuslichen Beatmung),
- bei Verdacht auf berufsbedingte COPD.

▪ Allgemeiner Hinweis für DMP-Überweisungsfälle

Ist der besonders qualifizierte Facharzt der zweiten Versorgungsebene gleichzeitig für den Patienten im jeweiligen DMP der koordinierende Vertragsarzt und hat auch die „DMP-Beratungs- und Einschreibepauschale“ und/oder „DMP-Koordinierungspauschale“ nach § 5 Absatz 1 im gleichen Quartal oder in den Vorquartalen abgerechnet und dafür eine Vergütung erhalten, kann dieser Facharzt die „DMP-Mitbehandlungspauschale“ für diesen Patienten **nicht** abrechnen.

Ihre Ansprechpartnerin: Jana Schröder, Telefon 03643 559-745

Übersicht der DMP-vergütungsrelevanten Qualitätsziele im Jahr 2017

DMP	Leistungsbeschreibung
Asthma bronchiale	Messung des Peak-Flow-Wertes – mindestens einmal jährlich
COPD	Überprüfung der Inhalationstechnik – mindestens einmal jährlich
DM 1	Der versichertenindividuelle HbA1c-Wert ist erreicht; dieser Wert soll gehalten werden.*
DM 2	Der versichertenindividuelle HbA1c-Wert ist erreicht; dieser Wert soll gehalten werden.*
KHK	Bestimmung Lipidwert (LDL-Wert) – mindestens einmal jährlich

* Im Kalenderjahr ist mindestens in zwei Folgedokumentationen bei dem Parameter „HbA1c Zielwert“ die Ausprägung „Zielwert erreicht“ oder „Zielwert noch nicht erreicht“ anzugeben.

Eine Auszahlung der Qualitätsboni für das Jahr 2016 erfolgt mit der Restzahlung vom 1. Quartal 2017 im 3. Quartal 2017.

Ihre Ansprechpartnerin: Jana Schröder, Telefon 03643 559-745

Verträge

Honorarvereinbarung für das Jahr 2017

Das Unterschriftsverfahren für die Honorarvereinbarung 2017 ist abgeschlossen. Sie finden die Vereinbarung unter „Amtliche Bekanntmachungen“ dieses Rundschreibens sowie im Internetportal der KV Thüringen unter www.kvt.de → [Arzt/Psychoth.](#) → [Verträge](#) → [H](#) → [Honorarvereinbarungen](#) → [Honorarvereinbarung für das Jahr 2017](#).

Die wichtigsten Punkte der Vereinbarung sind:

1. Der regionale **Punktwert** beträgt **10,5300 Cent**.
2. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (**MGV**) wird um rund **2,1122 Prozent** gesteigert.
3. Die folgenden **förderungswürdigen Leistungen** aus dem Jahr 2016 werden weitergeführt. Sie werden mit einem Zuschlag von 1,41 Cent 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 2016) 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 2017 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 14220, 16220, 21220),
- Stützung weiterer Gesprächsleistungen
 - Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson(en) (GOP 14222),
 - Psychosomatisches Gespräch (GOP 22221),
 - Psychotherapeutische Gespräche (GOP 22220 und 23220 bis 31.03.2017),
- Allergie-Diagnostik (GOP 30110, 30111, 30120, 30121, 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),
- Sozialpädiatrie (GOP 04355),
- Osteodensitometrie (GOP 34600 ab 01.04.2017),
- zusätzliche Förderung konservativ tätiger Augenärzte in Form einer Aufstockung des Punktwertzuschlages für die augenärztliche Strukturpauschale GOP 06225 in Höhe von 0,19 Cent/Punkt (Differenzbetrag von 1,41 Cent auf 1,6 Cent).

6. Ergänzend zur Förderung unter Punkt 5. stellen die Krankenkassen für das Jahr 2017 zusätzliche Mittel in Höhe von 1.500.000 € bereit. Dieser Betrag ist ab 01.07.2017 für folgende Leistungen vorgesehen:

a) 250.000 € pro Quartal für Punktwertzuschläge für Leistungen

- Geriatrie (GOP 03362),
- Palliativmedizin (GOP 03370 bis 03374 sowie 04370 bis 04374),
- Sozialpädiatrie (GOP 04355),

b) 250.000 € pro Quartal für Punktwertzuschläge für Leistungen

- des konventionellen Röntgens (Kapitel 34.2 ohne 34.2.7 und 34.2.9 EBM),
- der Radiosynoviorthese (GOP 17371 und 17373),
- der orthopädisch-rheumatologischen Versorgung (GOP 18320 und 18700)

c) 250.000 € pro Quartal für die konservative Augenheilkunde im Rahmen eines Neupatientenmodells

- Pauschale zur GOP 06225 in Höhe von 30 € unter folgenden Voraussetzungen:
 - erfolgte zuvor keine konservative Betreuung des Patienten in den letzten acht Quartalen in derselben Praxis,
 - ist Praxis bereits seit mindestens acht Quartalen vertragsärztlich tätig und
 - eine Steigerung der Zahl der konservativen Behandlungsfälle gegenüber dem Vorjahresquartal liegt vor.
- Auszahlung des Zuschlages maximal bis zur Fallzahlsteigerung gegenüber dem Vorjahr

7. Die bisher vereinbarten **Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung** gemäß Anlagen 2 und 3 der Honorarvereinbarung werden weitergeführt. Ab 2017 wurden weitere neue extrabudgetäre Leistungen aufgenommen:

ab 01.01.2017

- Elektronischer Brief (GOP 86900 und 86901)

ab 01.04.2017

- Telekonsile (GOP 34800, 34810, 34820 und 34821),
- kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) (GOP 03355, 04590 und 13360),
- Videosprechstunde (GOP 01450),
- Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung (GOP 22220 und 23220),
- Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung (GOP 35151 und 35152)

Ihre Ansprechpartner in der Hauptabteilung

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

Aktualisierte Listen der teilnehmenden BKKn an Thüringer Sonderverträgen

In folgenden Anlagen dieses Rundschreibens sind für das **3. Quartal 2017** die Betriebskrankenkassen aufgeführt, die an den zwischen dem BKK Landesverband Mitte und der KV Thüringen geschlossenen Sonderverträgen teilnehmen:

- **Anlage 3:** Hausarztzentrierte Versorgung
- **Anlage 4:** Hautkrebsvorsorge-Verfahren und Starke Kids Thüringen.

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 **3. Quartal 2017** mitgeteilt. Die Übersicht ist diesem Rundschreiben (siehe **Anlage 5**) beigelegt.

Ihre Ansprechpartnerin: Carmen Schellhardt, Telefon 03643 559-134

Alles was Recht ist

Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag

Frage 1:

Darf der Beginn der Arbeitsunfähigkeit rückdatiert werden?

Ja, die Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit ist jedoch nur ausnahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu 3 Tagen zulässig.

Frage 2:

Gilt dies uneingeschränkt auch für Krankengeldfälle?

Nein! Für den Krankengeldanspruch (das heißt, wenn der Versicherte keine Entgeltfortzahlung mehr erhält; in der Regel, wenn der Versicherte seit mehr als sechs Wochen wegen derselben Krankheit ununterbrochen arbeitsunfähig ist) ist eine lückenlose Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit erforderlich. Dabei wird jedoch nicht

auf den bescheinigten Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit abgestellt, sondern auf das Datum der Feststellung, welches nicht zurückdatiert werden darf. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass die ärztliche Feststellung der weiteren Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit spätestens an dem Werktag erfolgt, der auf den letzten Tag des zuvor bescheinigten Arbeitsunfähigkeitszeitraums folgt. Samstage gelten insoweit nicht als Werktage. Wäre die Arbeitsunfähigkeit beispielsweise bis zu einem Mittwoch bescheinigt, so müsste die fortbestehende Arbeitsunfähigkeit an dem darauffolgenden Donnerstag erneut ärztlich festgestellt werden. Wäre dieser Donnerstag ein Feiertag, so müsste die Arbeitsunfähigkeit an dem darauffolgenden Freitag erneut festgestellt werden.

Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns an oder senden Ihre Fragen per E-Mail an: jusitiariat@kvt.de.

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

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

Ärztliche Selbstverwaltung

Honorarberichte der KBV über die Ergebnisse der Honorarverteilung



Gemäß den gesetzlichen Vorgaben in § 87c SGB V veröffentlicht die Kassenärztliche Bundesvereinigung einen Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung, über die Gesamtvergütung, über die Bereinigungssummen und über das Honorar je Arzt und Arztgruppe und stellt damit die geforderte Transparenz der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen her.

Nunmehr liegen die Berichte über die Honorarentwicklung **im zweiten und dritten Quartal 2015** im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum vor.

Das Sonderthema der letzten beiden Honorarberichte stellt die 20 häufigsten durch Vertragsärzte und -psychotherapeuten dokumentierten Diagnosen entsprechend der 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM) je Abrechnungsgruppe und damit die häufigsten Behandlungsanlässe dar und setzt das Sonderthema aus dem Honorarbericht für das zweite Quartal 2015 fort.

Die Honorarberichte finden Sie im Internet unter www.kbv.de/html/honorarbericht.php.

Vertreterversammlung stimmt sich auf Bundestagswahl ein

Die Vertreterversammlung der KV Thüringen hat sich auf die bevorstehende Bundestagswahl eingestimmt. Sowohl die Spitze der Vertreterversammlung als auch der Vorstand riefen die KV-Mitglieder dazu auf, sich aktiv in den Wahlkampf einzubringen und gegenüber den Thüringer Bundestagskandidaten die Interessen der Ärzte und Psychotherapeuten sowie ihrer Patienten offensiv zu vertreten. Der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. med. Andreas Jordan, gab einen Überblick über die gesundheitspolitischen Schwerpunkte in den Wahlprogrammen und forderte die KV-Mitglieder auf, auf die Kandidaten in ihren Regionen zuzugehen und die Anliegen der Ärzte und Psychotherapeuten vorzutragen.

Die 1. Vorsitzende des Vorstandes, Dr. med. Annette Rommel, verwies auf die Leistungsfähigkeit des ambulanten Systems und appellierte an die KV-Mitglieder, den Vorstand dabei zu unterstützen, dies der Politik und den Experten immer wieder zu verdeutlichen. Eine gute Grundlage dafür biete das 8-Punkte-Programm der KBV und der KVen zur Bundestagswahl. Im Mittelpunkt des Katalogs stehe die Forderung nach einem Ende der Budgetierung. Frau Dr. Rommel verwies außerdem auf die notwendige Anpassung der Bedarfsplanung

auf regionale Besonderheiten, auf das Prinzip ambulant vor stationär und auf die grundsätzliche Offenheit des ambulanten Systems für notwendige Kooperationen mit Krankenhäusern und anderen Gesundheitsberufen.

Die KV-Vorsitzende rief die Ärzte und Psychotherapeuten dazu auf, die Digitalisierung der Medizin aktiv mitzugestalten. Digitalisierung dürfe kein Selbstzweck sein, sagte sie, sie müsse die Arbeit der Ärzte und Psychotherapeuten leichter machen und den Patienten helfen. Als Beispiele nannte die KV-Vorsitzende das kinderärztliche Fachkonsil PädExpert, an der sich schon heute Thüringer Ärzte beteiligten, aber auch die Möglichkeit, Videosprechstunden anzubieten. Die KV werde sinnvolle digitale Anwendungen unterstützen, sagte Frau Dr. Rommel.

▪ **Bekennnis zur Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung**

Zum Abschluss ihres Berichtes bekannte sich die Vorsitzende ausdrücklich zur ärztlichen Freiberuflichkeit und zur Selbstverwaltung in der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung. Sie räumte ein, dass standespolitische Themen in der täglichen Arbeit in den Praxen nicht im Mittelpunkt stehen: „Die täglich fordernde Arbeit in der Praxis zeigt oft andere Probleme auf als die, mit denen wir uns im Globalen beschäftigen“. Um so wichtiger sei es jedoch, gemeinsame Ziele der Selbstverwaltung gemeinsam zu vertreten, vertragsärztliche Pflichten zu erfüllen und die Möglichkeiten der Interessenvertretung für Ärzte und Psychotherapeuten gegenüber der Politik zu nutzen.

Untermauert wurde diese Forderung durch den 2. Vorsitzenden des Vorstandes, Dr. med. Thomas Schröter. Herr Dr. Schröter verwies in seinem Bericht auf Gedankenspiele in der Politik und der Gesundheitswirtschaft, die ambulante ärztliche Versorgung entweder unter staatliche Kontrolle oder Kontrolle großer Gesundheitskonzerne zu stellen. Er umriss den Gegenentwurf der KVen zur Stärkung des ambulanten Sektors. Hier habe das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) vorgerechnet, dass für die Abschaffung des Budgets, die Anhebung des kalkulatorischen Arztlohnes und das Abfedern des unternehmerischen Risikos der Praxen zwar rund 7,5 Milliarden Euro nötig seien. Dies sei jedoch allein mit Einsparungen im stationären Sektor durch sinnvolle Ambulantisierung gegenfinanziert. Hinzu kämen noch Reserven der Gesetzlichen Krankenversicherungen und zu erwartende Beitrags-Mehreinnahmen. Beide Vorstände appellierten an die KV-Mitglieder, der Politik klarzumachen, dass das Gesundheitssystem nicht grundlegend umgebaut werden muss, und warnten von politischem Aktionismus zu Lasten von Ärzten, Psychotherapeuten und Patienten.

▪ **Telematik-Infrastruktur**

Herr Dr. Schröter informierte die Vertreterversammlung außerdem über den aktuellen Stand der Einführung der Telematik-Infrastruktur. Er verwies auf die gemeinsame Empfehlung der KBV und der KVen, die Konnektoren und die übrigen Geräte trotz des hohen Werbe-Drucks des aktuellen Monopol-Herstellers nicht sofort zu kaufen. Mit der angekündigten Abstaffelung in der Erstattung der Kosten sei davon auszugehen, dass die Praxen die entstehenden Kosten auch künftig ersetzt bekommen. Weitere Informationen zum Thema Telematik-Infrastruktur haben wir diesem Rundschreiben beigelegt.

Die Einführung der Telematik-Infrastruktur stand auch im Mittelpunkt der Diskussion über den Bericht des Vorstandes. Mehrere Redner verwiesen auf Erfahrungen von Fachkollegen aus den Test-Regionen mit langen Wartezeiten beim Versicherten-Stammdaten-Management und instabilen Datenverbindungen. Darüber müsse auch die Politik informiert werden. Die Vertreter forderten den KV-Vorstand auf, die technischen Voraussetzungen für die Telematik-Infrastruktur, wie schnelles Internet auch auf dem Land oder stabile Systeme, bei der Politik und den Herstellern immer wieder einzufordern.

▪ **Abrechnungsergebnisse für das 4. Quartal 2016**

Der Leiter der Stabsstelle Grundsatzfragen/EBM, Stephan Turk, stellte die Abrechnungsergebnisse für das 4. Quartal 2016 vor.

▪ **Weiterentwicklung des Honorarverteilungsmaßstabes**

Der Hauptgeschäftsführer der KV Thüringen, Sven Auerswald, informierte die Vertreterversammlung über die Ergebnisse der Benehmensherstellung mit den Krankenkassen zu den HVM-Änderungen vom 15.03.2017. Anschließend stellte er den Vertretern die Analyse der Verwendung der Rückstellungen im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich vor. Zu Grunde lag ein Antrag von Herrn Dr. med. Michael Herzau aus der vergangenen Vertreterversammlung. Er hatte beantragt, zu prüfen, ob die genannten Rückstellungen reduziert werden können. Herr Auerswald empfahl der Vertreterversammlung, die Rückstellungen von vier Prozent im hausärztlichen und fünf Prozent im fachärztlichen Versorgungsbereich auf diesem Niveau zu belassen. Er

begründete dies unter anderem mit den langen Fristen, die den Kassen für Anträge auf sachlich-rechnerische Berichtigungen zur Verfügung stehen.

Auf Antrag von Herrn Dipl.-Med. Ingo Menzel stellte Herr Auerswald anschließend die Ergebnisse der Prüfung möglicher Veränderungen der Vorwegabzüge im fachärztlichen Versorgungsbereich vor. Hier folgte die Vertreterversammlung mehrheitlich einem Antrag von Frau Dr. med. Denise Lundershausen, mögliche Schlussfolgerungen aus der Prüfung zunächst in der gemeinsamen Sitzung der Beratenden Fachausschüsse und dann abschließend in der Klausur der Vertreterversammlung im September zu diskutieren.

BESCHLUSS

In der Klausurtagung der Vertreterversammlung im September wird die Vertreterversammlung entscheiden, inwieweit der Vorwegabzug für Leistungen des Kapitels 19 und Leistungen der Empfängnisregelung in ein eigenständiges Fachgruppenkontingent für die Fachgruppe der Pathologen bzw. in die entsprechenden Fachgruppenkontingente überführt werden soll und welche Kriterien für die kooperative Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen berücksichtigt werden sollen.

Diese Vorschläge sollen zunächst in der gemeinsamen Sitzung der beratenden Fachausschüsse am 23.08.2017 diskutiert werden und dann auf die Tagesordnung der Klausurtagung der Vertreterversammlung im September gesetzt werden.

Der Beschluss ergeht mit vier Gegenstimmen.

Die Vertreterversammlung stimmte anschließend mehrheitlich für einen Vorwegabzug aus dem hausärztlichen Versorgungsvolumen zur Finanzierung einer hausärztlichen Leistung, des „problemorientierten hausärztlichen Gesprächs“. Nachzulesen unter „Amtlichen Bekanntmachungen“ – Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes gemäß § 87 b SGB V mit Wirkung zum 1. Juli 2017 – in diesem Rundschreiben.

Die Vertreterversammlung stimmte einstimmig für eine Bereinigung des individuellen Punktzahlvolumens bei Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Auch diese können den „Amtlichen Bekanntmachungen“ – Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes gemäß § 87 b SGB V mit Wirkung zum 1. Juli 2017 – in diesem Rundschreiben entnommen werden.

▪ Sachstandsbericht zu Portalpraxen

Der 2. Vorsitzende des Vorstandes der KV Thüringen, Dr. med. Thomas Schröter, berichtete über den aktuellen Stand der Einrichtung von Portalpraxen in Kooperation zwischen Ärztlichem Notdienst und den Notaufnahmen der Krankenhäuser. Demnach gibt es an 17 der 27 Notdienst-Standorte in Thüringen Interesse an der Einrichtung einer Portalpraxis über das bisherige Maß hinaus. Für 14 Standorte liegen Vertragsentwürfe vor. An zwei Standorten wird bereits mit Hilfe einer Triage gesteuert, welcher Patient vom Kassenärztlichen Notdienst und welcher in der Notaufnahme des Krankenhauses behandelt wird. Mit den ersten Verträgen zu Portalpraxen ist im Herbst zu rechnen. Herr Dr. Schröter wies erneut darauf hin, dass die KV Thüringen die gesetzlichen Vorgaben zu Portalpraxen schon vor Verabschiedung des Krankenhaus-Strukturgesetzes an 24 der 27 Notdienst-Standorte erfüllt hatte. In der Diskussion berichteten die Vertreter über ihre Erfahrungen mit dem Notdienst und über das Zusammenwirken mit den Notaufnahmen der Krankenhäuser. Ärzte aus den Bereichen mit Triage bestätigten, dass damit die Notaufnahmen entlastet und nicht notwendige Hausbesuche vermieden werden.

▪ Weiterentwicklung des Ärztlichen Notdienstes

Die Vertreterversammlung stimmte einstimmig für eine verminderte Teilnahme von Ärzten am Notdienst, die im Rahmen eines besonderen Versorgungsauftrages eigene Bereitschaftsdienste vorhalten müssen. Hierüber entscheidet der Vorstand im Einzelfall. Außerdem sollen künftig auch Ärzte, die nicht Mitglied der KV Thüringen sind, aber am Notdienst teilnehmen (z. B. Ärzte im Ruhestand), vorübergehend als Notdienstbeauftragte fungieren können. Bitte beachten Sie dazu die „Amtlichen Bekanntmachungen“ in diesem Rundschreiben und die Lesefassung der Notdienstordnung der KV Thüringen in **Anlage 6**.

▪ Erreichbarkeit von Ärzten und Psychotherapeuten während der Präsenzzeiten

Die 1. Vorsitzende des Vorstandes der KV Thüringen, Dr. med. Annette Rommel, erinnerte an die vertragsärztliche Verpflichtung für alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten, während der Präsenzzeiten erreichbar

zu sein. Hintergrund ist die zunehmende Zahl an Patientenbeschwerden über Schwierigkeiten, MVZ und Arztpraxen während der Präsenzzeit zu erreichen. Sie stellte mehrere Varianten zur Diskussion, wie diese Verpflichtung besser erfüllt werden kann, darunter die Möglichkeit, hierfür Regelungen zu treffen.

In der Diskussion verwiesen mehrere Vertreter darauf, dass es sich bei der Erreichbarkeit um eine vertragsärztliche Pflicht handelt und dass es dazu bereits grundsätzliche Regelungen gibt. Die Vertreterversammlung beschloss mit großer Mehrheit, das Thema weiter zu diskutieren (siehe auch Editorial dieses Rundschreibens).

▪ Satzungsänderungen

Die Vertreterversammlung stimmte einstimmig für eine Veränderungen der Satzung der KV Thüringen in zwei Punkten. Zum einen sind angestellte Ärzte, die mindestens 10 Stunden pro Woche arbeiten, künftig Mitglieder der KV. Mit dieser Regelung setzte die Vertreterversammlung eine gesetzliche Vorgabe um. Sie beauftragte den Satzungsausschuss, zu prüfen, inwieweit diese Satzungsänderung Veränderungen in der Wahlordnung notwendig macht. Zum zweiten sind amtliche Bekanntmachungen der KV Thüringen künftig auch im Internet möglich.

▪ DMP-Vertragsentwurf Diabetes mellitus Typ 2

Die Vertreterversammlung stimmte schließlich mehrheitlich für einen Antrag zum DMP-Vertragsentwurf Diabetes mellitus Typ 2. Herr Dr. Lundershausen hatte beantragt, der Vorstand möge die Unterzeichnung des entsprechenden Vertrages aussetzen, die Ergänzungen der inhaltlich betroffenen Berufsverbände aufnehmen und mit den Kassen abstimmen und betroffene Berufsverbände bei der Novellierung solcher Verträge grundsätzlich in die Verhandlungen einbeziehen. Zur Begründung verwies Herr Dr. Lundershausen auf den fehlerhaften Datenfluss im Einschreibe- und Dokumentationsprozess in diesem Vertrag. Der Vorstand verwies auf die knappe Frist und auf die Gefahr, dass bei einer Weigerung, den Vertrag zu unterzeichnen, die Versicherten automatisch ausgeschrieben würden und den Ärzten Honorar entgehe.

BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beauftragt den Vorstand, die Unterzeichnung des DMP-Vertrages Typ 2 Diabetes mellitus auszusetzen – insbesondere wegen des fehlerhaften Datenflusses im Einschreibe- und Dokumentationsprozess – und die Ergänzungen der inhaltlich betroffenen Berufsverbände aufzunehmen und mit den Krankenkassen abzustimmen.

Betroffene Berufsverbände sollten grundsätzlich bei jeglicher Novellierung von Verträgen zeitnah in die Verhandlungen mit den Krankenkassen einbezogen werden.

Der Beschluss ergeht mit sieben Stimmen für den Antrag, vier Gegenstimmen und 13 Stimmenthaltungen.

Die nächste Vertreterversammlung findet **am 8. (Klausurtagung) und 9. September in Oberhof** statt. Die Tagesordnung der Vertreterversammlung ist ca. vier Wochen vor dem Termin im KV-SafeNet einsehbar.

Informationen

Neues Formular für die Präventionsempfehlung

Zum 01.07.2017 wird ein Formular zur Empfehlung von Präventionsleistungen eingeführt. Anhand dieses neuen **Musters 36** können Ärzte Präventionsleistungen empfehlen, um verhaltensbezogene Risikofaktoren für bestimmte Erkrankungen zu senken. Dies ist in den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum sowie in einem Freitextfeld „Sonstiges“ möglich. Der Patient kann mit der Empfehlung einen geeigneten Kurs bei seiner Krankenkasse beantragen. Ein Anspruch besteht dadurch nicht, die Krankenkasse soll jedoch die Empfehlung bei ihrer Entscheidung berücksichtigen.

Die Formulare können wie üblich online über die Formularbestellung unter www.kvt.de oder per E-Mail formular@kvt.de bei der KV Thüringen bezogen werden. Ab Juli wird Muster 36 auch in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein.

▪ Neue Stichtagsregelungen für Vordruckversionen

Bei der Überarbeitung von Formularen dürfen neben den neuen Vordrucken oft die alten noch aufgebraucht werden. Dadurch sind bei einigen Formularen z. T. noch sehr alte Versionen im Gebrauch. Da auf den alten Vordrucken nicht immer alle relevanten Informationen eingetragen werden können, wurde jetzt für einige eine Stichtagsregelung beschlossen. Ab dem 01.07.2017 dürfen die folgenden Muster nur noch ab dem aufgeführten Versionsstand verwendet werden:

- Muster 8 (Sehhilfen) ab Version 7.2004
- Muster 15 (Hörhilfen) ab 4.2002
- Muster 16 (rosa Rezept) ab 4.2004
- Muster 20 (Wiedereingliederung) ab 4.2004
- Muster 25 (ambulante Vorsorge) ab 7.2003
- Muster 40 (Krebsfrüherkennung Männer) ab 4.2006.

Ältere Versionen verlieren ab dem 01.07.2017 ihre Gültigkeit. Der Stand ist unten rechts auf dem Formular aufgedruckt – *Beispiel: „Muster 8 (7.2004)“*.

Termine zur Abrechnungsannahme für das 2. Quartal 2017

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

01.07. bis 10.07.2017

Das Mitgliederportal KVTOP ist ausschließlich über das Sichere Netz der KVen (Zugang via KV-SafeNet*) zu erreichen. Sie können die **Abrechnungsdatei auch vor dem 01.07.2017 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
- Torsten Olschewski, Telefon 03643 559-104

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

Montag bis Freitag 03.07.2017 bis 07.07.2017 08:00 – 17:00 Uhr

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

Achtung!

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

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

* Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

Fortbildungen und Veranstaltungen in Thüringen

Online-Fortbildung zum Thema Rationale Antibiotikatherapie in der hausärztlichen Versorgung



Im Rahmen des RAI-Projektes (Rationaler Antibiotikaeinsatz durch Information und Kommunikation) wurden zahlreiche Fortbildungen durchgeführt. Aus diesen Fortbildungen heraus wurde ein **vierwöchiger sogenannter Massive Open Online Course (MOOC)** entwickelt. Dieser **Kurs beginnt am 10.07.2017** und richtet sich an Ärzte in der hausärztlichen Versorgung.

Der Kurs ist kostenfrei, eine CME-Zertifizierung ist bei der Ärztekammer Berlin beantragt.

Thematisch werden die häufigsten infektiologischen Krankheitsbilder in der ambulanten Versorgung behandelt. Nach einer kurzen Einführung erwarten Sie in der ersten Woche unter anderem die Epidemiologie ausgewählter multiresistenter Erreger sowie Videobeiträge zum ambulanten Antibiotikaverbrauch. In der zweiten Woche werden Grundlagen der Präanalytik und der rationalen Antibiotikatherapie erläutert. Außerdem werden wir einen Blick auf das menschliche Mikrobiom werfen, sowie auf unkomplizierte Harnwegsinfektionen. In der dritten Woche liegt der Schwerpunkt auf den akuten Atemwegsinfektionen (Rhinosinusitis, Tonsillopharyngitis, akute Bronchitis, akute Exazerbation einer COPD und ambulant erworbenen Pneumonie). In der vierten und letzten Woche wird die akute Gastroenteritis und die Reiseassoziierte Diarrhoe vorgestellt werden. Des Weiteren finden sich allgemeine Vorträge zur rationalen Antibiotikaaanwendung.

Sie können sich unter <https://mooc.house/courses/rai> für den Kurs einschreiben.

Jede Woche werden dann einige Videobeiträge freigeschaltet. Es besteht die Möglichkeit zum Austausch mit den Referenten sowie sich mit anderen Teilnehmern zu vernetzen. Die Kursinhalte sind bis Ende September 2017 freigeschaltet.

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 10 07 40, 07740 Jena
Telefon: 03641 614-142, -143, -145; Telefax: 03641 614-149
E-Mail: akademie@laek-thueringen.de

▪ Fortbildungstag Laboratoriumsmedizin: „Labordiagnostik nach Tropenaufenthalt“

Mikrobiologische Untersuchungen bei Tropenrückkehrern

- bakteriologische und virologische Diagnostik
- parasitologische Diagnostik

Termin: 09.09.2017, 09:00 bis 12:30 Uhr
Ort: Augustinerkloster, Augustinerstraße 10, Erfurt
Leitung: Dr. med. habil. Hans-Jürgen Wolff, Arnstadt
Gebühr: 4 Punkte, Kategorie A

▪ **Kinder- und Jugendpsychiatrischer Fortbildungstag: Kinder- und Jugendpsychiatrische Aspekte zum Kinderschutz**

Termin: 16.09.2017, 10:00 bis 13:00 Uhr
 Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena
 Leitung: Dr. med. Ekkehart Englert, Erfurt
 Gebühr: gebührenfrei
 Zertifizierung: 4 Punkte, Kategorie A

▪ **14. Suchtmedizinischer Fortbildungstag: Ammenmärchen in der Suchtarbeit**

Es ist ein Ammenmärchen, dass

- die E-Zigarette niemandem außer der Pharmaindustrie hilft
- einzig und allein Abstinenz zählt
- Schnittstellen in unserer praktischen Arbeit funktionieren
- Suchttherapie in der Hausarztpraxis nichts bringt
- Cannabis gesund, vegan und bio ist

Termin: 23.09.2017, 09:00 bis 14:00 Uhr
 Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena
 Leitung: Dr. med. Katharina Schoett, Mühlhausen
 Gebühr: gebührenfrei
 Zertifizierung: 6 Punkte, Kategorie A

▪ **Train the Trainer – Modul 3, Medizindidaktik – Warteliste**

in Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin Thüringen

Termin: 27.09.2017, 14:00 bis 19:00 Uhr
 Ort: Uniklinikum Jena, Bachstr. 18, 07743 Jena
 Leitung: Dr. Phil. Dipl.-Psych. Swetlana Philipp, Dr. med. Sven Schulz, Jena
 Gebühr: 120 Euro
 Zertifizierung: 5 Punkte, Kategorie C

▪ **Thüringer Retter trainieren**

- Aktuelle Regelungen im RD & MANV/Versorgungsstrategien Trauma & MANV/Stabsübung

Termin: 29. bis 30.09.2017
 Ort: Hotel Dorotheenhof, Dorotheenhof 1, Weimar
 Leitung: Dr. med. Jens Reichel, Jena
 Gebühr: 350 Euro
 Zertifizierung: 20 Punkte, Kategorie C, NOTZERT

▪ **Curriculare Fortbildung Geriatrische Grundversorgung**

Teil 1: 22.11. bis 25.11.2017
 Teil 2: 14.02. bis 17.02.2018
 Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena
 Leitung: Dr. med. Joachim Zeeh, Meiningen
 Zertifizierung: 60 Punkte, Kategorie H

- **Hygienebeauftragter Arzt, 40-Stunden-Kurs (Modul I des 200-Stunden-Kurses Weiterbildung Krankenhaushygiene)**

Teil 1: 30.11. bis 02.12.2017

Teil 2: 08.12 bis 09.12.2017

Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena

Leitung: Dr. med. Ute Helke Dobermann, Prof. Dr. med. Wolfgang Pfister und Prof. Dr. med. Mathias Pletz aus Jena; Prof. Dr. med. Margarete Borg-von Zepelin aus Mühlhausen

Gebühr: 500 Euro

Zertifizierung: je 40 Punkte, Kategorie H

**Auszug aus der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL),
in Kraft getreten am 20. Mai 2017**

Impfung gegen	Indikation	Hinweise zu den Schutzimpfungen	Anmerkungen
1	2	3	4
Pneumokokken	<p>Grundimmunisierung:</p> <p>Zur Grundimmunisierung reif geborener Säuglinge Impfung im Alter von 2 und 4 sowie im Alter von 11 bis 14 Monaten.</p> <p>Frühgeborene erhalten eine zusätzliche Impfstoffdosis im Alter von 3 Monaten, d. h. insgesamt 4 Dosen.</p> <p>Standardimpfung:</p> <p>Personen über 60 Jahre.</p> <p>Indikationsimpfung:</p> <p>Indikationsimpfung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge einer Grundkrankheit:</p> <p>1. Angeborene oder erworbene Immundefekte bzw. Immunsuppression, wie z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - T-Zell-Defizienz bzw. gestörte T-Zell-Funktion - B-Zell- oder Antikörperdefizienz (z. B. Hypogammaglobulinämie) - Defizienz oder Funktionsstörung von myeloischen Zellen (z. B. Neutropenie, chronische Granulomatose, Leukozytenadhäsionsdefekte, Signaltransduktionsdefekte) - Komplement- und Properdinderfekte - funktioneller Hyposplenismus (z. B. bei Sichelzellenanämie), - Splenektomie oder anatomische Asplenie - neoplastische Krankheiten - HIV-Infektion - nach Knochenmarktransplantation - immunsuppressive Therapie (z. B. wegen Organtransplantation oder Autoimmunerkrankung) 	<p><u>Impfung mit dem 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff (PPSV23), ggf. Wiederholungsimpfungen mit PPSV23 im Abstand von mindestens 6 Jahren nach individueller Indikationsstellung.</u></p> <p>1. Sequenzielle Impfung</p>	<p>Sequenzielle Impfung = Impfung mit dem 13-valenten Konjugat-Impfstoff (PCV13) gefolgt von PPSV23 nach 6 – 12 Monaten. PPSV23 wird für Kinder unter 2 Jahren nicht empfohlen.</p>

Anlage 1 – Auszug aus der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL)

Impfung gegen	Indikation	Hinweise zu den Schutzimpfungen	Anmerkungen
1	2	3	4
Pneumokokken	<p>- Immundefizienz bei chronischem Nierenversagen, nephrotischem Syndrom oder chronischer Leberinsuffizienz</p> <p>2. Sonstige chronische Krankheiten, wie z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - chronische Erkrankungen des Herzens oder der Atmungsorgane (z. B. Asthma, Lungenemphysem, COPD) - Stoffwechselkrankheiten, z. B. mit oralen Medikamenten oder Insulin behandelter Diabetes mellitus - neurologische Krankheiten, z. B. Zerebralpareesen oder Anfallsleiden <p>3. Anatomische und Fremdkörperassoziierte Risiken für Pneumokokkenmeningitis, wie z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liquorfistel - Cochlea-Implantat 	<p>2. Personen ab dem Alter von 16 Jahren erhalten eine Impfung mit PPSV23. Personen im Alter von 2 – 15 Jahren erhalten eine sequenzielle Impfung.</p> <p>3. Sequenzielle Impfung</p> <p>Aufgrund der begrenzten Dauer des Impfschutzes soll die Impfung mit PPSV23 in allen Risikogruppen mit einem Mindestabstand von 6 Jahren wiederholt werden.</p>	<p>Impfung möglichst vor der Cochlea-Implantation</p>
	<p>Berufliche Indikationen:</p> <p>Berufliche Tätigkeiten, die zu einer Exposition gegenüber Metallrauchen einschließlich metalloxidischen Schweißrauchen führen (außer Schweißen und Trennen von Metallen – vgl. hierzu Hinweise in Spalte 3).</p>	<p>Eine erhöhte berufliche Gefährdung durch Pneumokokken begründet in folgendem Bereich keinen Leistungsanspruch gegenüber der GKV:</p> <p>Nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMed-VV) besteht ein spezieller Anspruch gegen den Arbeitgeber aufgrund eines erhöhten beruflichen Risikos. Das ist in den folgenden in Teil 1 der ArbMedVV genannten Bereichen bei den aufgeführten Expositionsbedingungen der Fall:</p> <p>1. Tätigkeiten mit Gefahrstoffen</p> <p>a) Schweißen und Trennen von Metallen</p> <p>Impfung mit PPSV23. Aufgrund der begrenzten Dauer des Impfschutzes soll die Impfung mit PPSV23 mit einem Mindestabstand von 6 Jahren wiederholt werden, solange die Exposition andauert.</p>	

**Anlage 2 – Beschluss des G-BA über eine Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie:
Medikamentengabe und verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen**

BAnz AT 01.06.2017 B3

	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
„26	<p>Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)</p>	<p>Diese Leistung ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - einer so hochgradigen Einschränkung der Sehfähigkeit, dass es ihnen unmöglich ist, die Medikamente zu unterscheiden oder die Dosis festzulegen oder - einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Medikamente nicht an den Ort ihrer Bestimmung führen können oder - einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Medikamente an den Ort ihrer Bestimmung bringen zu können (z. B. moribunde Patientinnen oder Patienten) oder - einer so starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, sodass die Compliance bei der medikamentösen Therapie nicht sichergestellt ist oder - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbstständig durchzuführen. <p>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p> <p>Pflegedienste müssen vorliegende Informationen über die Dosierung, Art und Zeitpunkt der Einnahme oder sonstige Anwendungshinweise (vor dem Essen etc.) berücksichtigen. Entsprechende Informationen sind den ärztlichen Verordnungen und gegebenenfalls einem ärztlich ausgestellten Medikationsplan zu entnehmen.</p>	<p>Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates.</p> <p>Bei Folgeverordnungen ärztliche Begründung.</p> <p>Bei Folgeverordnungen ist die Angabe des Lokalfunds erforderlich.“</p>
	<p>1. Richten von ärztlich verordneten Medikamenten, wie z. B. Tabletten, für von der Ärztin oder vom Arzt bestimmte Zeiträume</p>	<p>Das Richten der Arzneimittel erfolgt i. d. R. wöchentlich (mit Ausnahme flüssiger Medikamente wie Säfte und Tropfen) und umfasst auch die Kontrolle, ob die Medikamente regelmäßig eingenommen wurden.</p>	

BANZ AT 01.06.2017 B3

Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
<p>2. Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten, (z. B. Tabletten, Augen-, Ohren- und Nasentropfen, Salben, Tinkturen, Lösungen, Aerosole, Suppositorien) für von der Ärztin oder vom Arzt bestimmte Zeiträume,</p> <ul style="list-style-type: none"> - über den Magen-Darmtrakt (auch über Magensonde), - über die Atemwege, - über die Haut und Schleimhaut, <p>→ als Einreibungen bei akuten posttraumatischen Zuständen, akuten entzündlichen Gelenkerkrankungen, akuten wirbelsäulenbedingten Symptomen, akuten dermatologischen Erkrankungen,</p> <p>→ als Bad zur Behandlung von Hautkrankheiten mit ärztlich verordneten medizinischen Zusätzen zur Linderung oder Heilung bei dermatologischen Krankheitsbildern und die gegebenenfalls erforderliche Nachbehandlung (z. B. Einreibung mit ärztlich verordneten Salben),</p> <p>→ zur Behandlung des Mundes, lokale Behandlung der Mundhöhle und der Lippen mit ärztlich verordneten Medikamenten,</p> <p>→ zur Behandlung des Auges, insbesondere bei Infektionen, Verletzungen, postoperativen Zuständen, Glaukom.</p>	<p>Das Verabreichen beinhaltet auch die notwendige Vorbereitung der Medikamente. Die Ohrensplüfung ist eine ärztliche Tätigkeit.</p> <p>siehe Körperpflege (Nr. 4)</p> <p>Auch Hornhautbehandlung mittels künstlicher Tränenflüssigkeit aufgrund augenärztlicher Diagnostik.</p>	

**Anlage 3 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung
in Thüringen**

Betriebskrankenkassen (alphabetisch sortiert)	VKNR
actimonda krankenkasse	21405
atlas BKK ahlmann	03407
Audi BKK	64414
BAHN-BKK	40401
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 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 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
BKK Voralb HELLER*LEUZE*TRAUB	61493
BKK Werra-Meissner	42420

Anlage 3 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung in Thüringen

Betriebskrankenkassen (alphabetisch sortiert)	VKNR
BKK Wirtschaft & Finanzen	42406
BKK Würth	61487
BKK ZF & Partner	47434
Continentale BKK	02422
Daimler BKK	61491
Debeka BKK	47410
energie-BKK	09450
Ernst & Young BKK	42402
Heimat Krankenkasse	19418
Metzinger BKK	62418
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
VIActiv Krankenkasse	18405
WMF Betriebskrankenkasse	61477

Quelle: BKK Landesverband Mitte
Stand: 3. Quartal 2017, keine Änderungen gegenüber dem 2. Quartal 2017

Anlage 4 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am Hautscreening-Vertrag in Thüringen und an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“

Teilnehmende Betriebskrankenkassen am Hautscreening-Vertrag in Thüringen (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 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
BKK VerbundPlus	62461

Anlage 4 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am Hautscreening-Vertrag in Thüringen und an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“

Teilnehmende Betriebskrankenkassen am Hautscreening-Vertrag in Thüringen (alphabetisch sortiert)	VKNR
BKK Vital	49409
BKK Werra-Meissner	42420
BKK Wirtschaft & Finanzen	42406
BKK Würth	61487
Continentale BKK	02422
Debeka BKK	47410
energie-BKK	09450
Heimat Krankenkasse	19418
pronova BKK	49402
Salus BKK	40410
SIEMAG BKK	18515
Thüringer BKK	89407
TUI BKK	09452
WMF Betriebskrankenkasse	61477

Quelle: BKK Landesverband Mitte

Stand: 3. Quartal 2017, keine Änderungen gegenüber dem 2. Quartal 2017

Teilnehmende Betriebskrankenkassen am Vertrag „Starke Kids“	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: 3. Quartal 2017, keine Änderungen gegenüber dem 2. Quartal 2017

Anlage 5 – 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 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 5 – 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	+
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	
WMF BKK (Sitz in Geislingen)	61477	+

Quelle: BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Mitte

Stand: 3. Quartal 2017, keine Änderungen gegenüber dem 2. Quartal 2017

Anlage 5 – 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 Arzt	Telefonnummer
07.08.2008	Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH	Bärwinkelstraße 33 99310 Arnstadt	Dr. med. Christine Stapf	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. Matthias Schmidt	03681 355300
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
01.06.2017	Thüringen-Kliniken „Georgius-Agricola“	Rainweg 68 07318 Saalfeld	OA Dr. med. S. Wagner	03671 541460

Quelle: BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Mitte

Stand: 3. Quartal 2017; Änderungen gegenüber dem 2. Quartal 2017 sind **rot** gekennzeichnet

In Erfüllung des gesetzlichen Auftrages des § 75 SGB V zur Sicherung eines ausreichenden Notdienstes zu den sprechstundenfreien Zeiten hat die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) folgende Notdienstordnung beschlossen:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

Notdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

§ 1 Grundsätze

1.
Zur Sicherstellung einer ausreichenden ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der Bevölkerung richtet die KVT entsprechend § 75 SGB V einen ärztlichen Notdienst ein. Er dient der Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in dringenden Fällen während der sprechstundenfreien Zeiten, insbesondere nachts und an Sonn- und Feiertagen. Er ist ein allgemeiner ärztlicher Notdienst, an dem sich die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte aller Fachgruppen beteiligen.

2.
Die Behandlung im Rahmen des ärztlichen Notdienstes ist darauf ausgerichtet, den Patienten bis zur nächstmöglichen regulären ambulanten oder stationären Behandlung ärztlich zweckmäßig und ausreichend zu versorgen. Sie hat sich auf das hierfür Notwendige zu beschränken. Eine Weiterbehandlung von im ärztlichen Notdienst versorgten Patienten außerhalb des ärztlichen Notdienstes durch den Notdienstarzt ist unzulässig, soweit sich der Patient in anderer ärztlicher Behandlung befindet und sofern dies nicht auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten erfolgt. Der Notdienstarzt ist verpflichtet, den Hausarzt oder einen weiterbehandelnden Arzt jedes Patienten, den er im ärztlichen Notdienst versorgt hat, über seine ärztliche Behandlung durch Übersenden oder Mitgabe der Zweitschrift des von ihm auszustellenden Muster 19 zu informieren, auch wenn ein weiterbehandelnder Arzt nicht bekannt ist.

3.
Die Einrichtung des ärztlichen Notdienstes entbindet den behandelnden Arzt nicht von seiner Verpflichtung zur bedarfsgerechten Versorgung seiner Patienten. Er hat für die Betreuung seiner Patienten in dem Umfang zu sorgen, wie es deren Krankheitszustand erfordert. Ist die Notwendigkeit der Fortsetzung einer Behandlung außerhalb der Sprechstundenzeiten absehbar, hat der behandelnde Arzt für die Fortsetzung der Behandlung selbst Sorge zu tragen. Besuche, die vor Beginn des ärztlichen Notdienstes bestellt wurden, sind vom behandelnden Arzt selbst durchzuführen. Das Bestellen und Verlagern der Behandlung eigener Patienten in die Zeit des ärztlichen Notdienstes ist nicht zulässig. Ein Besuch, der während des ärztlichen Notdienstes bestellt wurde, muss auch nach Beendigung des ärztlichen Notdienstes vom Notdienstarzt noch ausgeführt werden, sofern nicht der nachfolgende Notdienstarzt oder der Hausarzt bzw. der vorbehandelnde Arzt bereit ist, den Besuch zu übernehmen.

Der diensthabende Arzt ist verpflichtet, Patienten auch außerhalb seines Notdienstbereiches zu behandeln, wenn Einsätze durch die zentrale Einsatzdisposition der KVT vermittelt werden und dies im Rahmen der Sicherstellung des ärztlichen Notdienstes erforderlich wird.

4.
In Zeiten, in denen kein ärztlicher Notdienst eingerichtet ist, obliegt dem Arzt die Einhaltung seiner Präsenzpflcht am Montag, Dienstag und Donnerstag von 07.00 Uhr bis 18.00 Uhr bzw. am Mittwoch und Freitag von 07.00 Uhr bis 13.00 Uhr. Im Falle einer Verhinderung während dieser Zeit ist für eine ordnungsgemäße Vertretung zu sorgen. Die Bekanntgabe der Vertretung am Praxiseingang sowie als Mitteilung auf dem Anrufbeantworter und die entsprechende Absprache mit dem vertretenden Kollegen ist zu gewährleisten.

5.
Jeder zur Teilnahme am ärztlichen Notdienst verpflichtete Arzt oder jeder freiwillig am ärztlichen Notdienst teilnehmende Arzt ist verpflichtet, sich regelmäßig in der Notfallmedizin fortzubilden.

6.

Im Falle des Inkrafttretens eines Vertrages gemäß § 73 b Abs. 4 und § 73 c Abs. 3 SGB V ist der Notdienst nur dann Gegenstand dieser Notdienstordnung, wenn und soweit es zwischen den Krankenkassen und der KVT vereinbart wurde.

7.

Im Rahmen des ärztlichen Notdienstes kann die KVT mit externen Leistungserbringern (z. B. DRK, ASB) zusammenarbeiten, insbesondere mit Hilfsorganisationen, den Trägern des Rettungsdienstes, Transportorganisationen und Krankenhäusern.

8.

Alle Entscheidungen, die die Organisation des ärztlichen Notdienstes betreffen, obliegen dem Vorstand der KVT. Das Recht der Vertreterversammlung der KVT über Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung zu entscheiden, bleibt davon unberührt.

§ 2 Notdienstausschuss

1.

Der Vorstand der KVT bildet einen Notdienstausschuss bestehend aus bis zu 6 Mitgliedern der KVT. Den Vorsitz führt ein Mitglied des Vorstandes der KVT oder ein von ihm berufener Vertreter aus der Mitte der Vertreterversammlung der KVT; die übrigen Mitglieder werden vom Vorstand für die Dauer einer Amtszeit des Vorstandes berufen.

2.

Dem Notdienstausschuss obliegt die Beratung des Vorstandes der KVT in allen den ärztlichen Notdienst betreffenden Angelegenheiten sowie die Vorbereitung der in diesem Zusammenhang stehenden Beschlussfassungen. Die Entscheidungen des Vorstandes der KVT sollen im Benehmen mit dem Notdienstausschuss erfolgen, der hierfür Stellungnahmen des Notdienstbeauftragten einholen kann.

§ 3 Zeiten des ärztlichen Notdienstes

Die Zeiten des ärztlichen Notdienstes werden wie folgt festgelegt:

- Montag, Dienstag, Donnerstag, jeweils von 18.00 Uhr bis 7.00 Uhr des Folgetages
- Mittwoch und Freitag jeweils von 13.00 Uhr bis 7.00 Uhr des Folgetages
- Samstag, Sonntag, Feiertag sowie am 24.12. und 31.12. jeweils von 7.00 Uhr bis 7.00 Uhr des Folgetages

Soweit ein einzelner Tag (Brückentag) zwischen einem gesetzlichen Feiertag, dem 24.12. oder dem 31.12. und einem Wochenende liegt, ist dieser gantztägig als ärztlicher Notdienst analog den Notdienstzeiten am Samstag, Sonntag, Feiertag abzusichern.

Die Zeiten des Sitzdienstes in der Notdienstzentrale oder in der Portalpraxis innerhalb der Zeiten des ärztlichen Notdienstes sind den regionalen Besonderheiten anzupassen und dem Vorstand der KVT zur Genehmigung vorzulegen.

Innerhalb der Zeiten des ärztlichen Notdienstes können für den speziellen fachärztlichen Notdienst gem. § 9 und den Einsatz des beratenden Arztes in der zentralen Einsatzdisposition abweichende zeitliche Regelungen getroffen werden, wenn der Vorstand der KVT dies genehmigt.

§ 4 Teilnahmeverpflichtung

1.

Alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, zugelassenen medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und zugelassenen Einrichtungen sind verpflichtet, im jeweiligen Notdienstbereich ihrer ärztlichen Tätigkeit am ärztlichen Notdienst teilzunehmen. Diese sind u. a.:

- niedergelassene Vertragsärzte sowie Job-Sharing-Partner gem. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V,

- zugelassene MVZ gem. § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V, zugelassene Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie Einrichtungen nach § 105 Abs. 1 und Abs. 5 SGB V,
- Vertragsärzte mit angestellten Ärzten gem. § 95 Abs. 9 und Abs. 9 a SGB V sowie § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V,
- auf der Grundlage einer gem. § 24 Abs. 3 Satz 6 Ärzte-ZV erteilten Genehmigung des Zulassungsausschusses außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten tätigen Ärzte, ermächtigte Ärzte gem. § 31 und 31 a Ärzte-ZV.

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nehmen nicht am ärztlichen Notdienst teil.

Die Teilnahmeverpflichtung gilt grundsätzlich auch für Praxisvertreter.

2.

Das MVZ erfüllt seine Teilnahmeverpflichtung am ärztlichen Notdienst durch die im MVZ tätigen Vertragsärzte und angestellten Ärzte. Das MVZ erhält über die Dienstplanung der KVT Vorschläge zur Einteilung der im MVZ tätigen Ärzte. Welcher Arzt durch das MVZ im ärztlichen Notdienst eingesetzt wird, obliegt dem MVZ. Durch das MVZ ist zu melden, welcher Arzt den jeweiligen Notdienst durchführt. Für Vertragsärzte, die angestellte Ärzte beschäftigen, gilt diese Regelung entsprechend.

3.

Darüber hinaus können weitere approbierte Ärzte, die nicht gemäß Absatz 1 zur Teilnahme am ärztlichen Notdienst verpflichtet sind, auf Antrag am ärztlichen Notdienst teilnehmen, sofern diese eine abgeschlossene Weiterbildung nachweisen, sich im letzten Drittel der Facharztweiterbildung befinden oder die über eine Approbation und über die Zusatz-Weiterbildung "Notfallmedizin" oder eine vergleichbare, von der Landesärztekammer Thüringen anerkannte Qualifikation verfügen. Entsprechende Nachweise sind vorzulegen. Voraussetzung ist weiterhin, dass der Arzt im Rahmen der selbständigen Teilnahme am Notdienst alle für Vertragsärzte geltenden Bestimmungen anerkennt. Über die Teilnahme am ärztlichen Notdienst und ihre Abrechnungsbefugnis entscheidet der Vorstand der KVT. Dies gilt nicht für die über die Landesärztekammer Thüringen zur Teilnahme am ärztlichen Notdienst verpflichteten Ärzte.

4.

Im Falle einer befristeten Genehmigung der KVT zum Betreiben einer Zweigpraxis bzw. der Genehmigung einer Filiale außerhalb des Notdienstbereiches der Hauptpraxis ist der Zweigpraxis-/Filialinhaber verpflichtet, zusätzlich am ärztlichen Notdienst im Bereich der Zweigpraxis/Filiale teilzunehmen. Wenn angestellte Ärzte bzw. im MVZ tätige Vertragsärzte ausschließlich in der Filiale tätig sind, richtet sich die Teilnahmeverpflichtung nach den in § 5 Abs. 4 festgelegten Anrechnungsfaktoren für den Notdienstbereich, in dem sich die Filiale befindet.

5.

Ärzte, deren Zulassung/Anstellung in vollem Umfang ruht, sind für den Zeitraum des Ruhens nicht verpflichtet, am ärztlichen Notdienst teilzunehmen. Wurden Notdienste bereits vor dem Zeitpunkt der Genehmigung des Ruhens vergeben, haben die Ärzte für einen Zeitraum von zwei Monaten selbst für eine Vertretung Sorge zu tragen.

6.

Zur Durchführung des ärztlichen Notdienstes kann der Vorstand der KVT Dritte beauftragen.

7.

Freiwillig am ärztlichen Notdienst teilnehmende Ärzte, die sich zur Teilnahme am ärztlichen Notdienst ungeeignet erwiesen haben oder bei denen der dringende Verdacht der Ungeeignetheit zur Teilnahme am ärztlichen Notdienst besteht, sind vom ärztlichen Notdienst auszuschließen. Ausschlüsse beschließt der Vorstand der KVT nach Anhörung des Arztes, des Notdienstbeauftragten und des Notdienstausschusses.

8.

Am ärztlichen Notdienst teilnehmende Ärzte, die die zentrale Einsatzdisposition unterstützen, kann der Vorstand der KVT auf Antrag zur Teilnahme als beratender Arzt in der zentralen Einsatzdisposition verpflichten. Eine Genehmigung zur Teilnahme als beratender Arzt ist vom Bedarf abhängig und kann nur

erteilt werden, wenn dadurch die Sicherstellung im jeweiligen Notdienstbereich des Antragstellers nicht gefährdet ist. Die Anzahl der beratenden Ärzte wird auf 30 beschränkt. Zu den Aufgaben des beratenden Arztes gehören insbesondere:

- Durchführung der medizinischen Beratung von Patienten und Einrichtungen (z. B. Pflegeheimen)
- Deeskalation in Konfliktfällen

Der beratende Arzt soll über folgende Voraussetzungen verfügen:

- Facharzt für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin
- mindestens 5jährige Berufserfahrung als niedergelassener Vertragsarzt/angestellter Arzt (soweit er Mitglied der KV ist)
- Notdienst-Erfahrung (mindestens 3 Jahre aktive Dienstzeit)
- Nachweis regelmäßiger Weiterbildungen
- Kenntnis der gesetzlichen Rahmenbedingungen/Notdienststrukturen

§ 5 Einteilung

1.

Die zur Teilnahme am ärztlichen Notdienst verpflichteten Ärzte und MVZ/Einrichtungen werden entsprechend dem Umfang ihrer Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zum ärztlichen Notdienst eingeteilt. Der Teilnahmeumfang eines MVZ/einer Einrichtung ergibt sich aus den Anrechnungsfaktoren gemäß Abs. 4 aller im MVZ/in der Einrichtung tätigen Ärzte zum Zeitpunkt der Dienstplanerstellung. Gleiches gilt bei Vertragsärzten, die angestellte Ärzte nach §§ 95 Abs. 9 und Abs. 9 a, 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V beschäftigen.

Die Verpflichtung zur Teilnahme am ärztlichen Notdienst bleibt bei Ausscheiden eines angestellten Arztes solange bestehen, wie das MVZ/die Einrichtung bzw. der Vertragsarzt ein Nachbesetzungsrecht nach § 103 Abs. 4a Satz 3 SGB V bzw. § 103 Abs. 4b Satz 3 SGB V hat.

2.

Die Einteilung der Ärzte zum ärztlichen Notdienst soll im Voraus für die Dauer von mindestens 3 Monaten vorgenommen werden. Eine gleichmäßige Dienstverteilung aller am ärztlichen Notdienst teilnehmenden Ärzte/MVZ/Einrichtungen muss gewährleistet sein, insbesondere an gesetzlichen Feiertagen, am 24.12., 31.12. und Brückentagen.

3.

Entfällt die Verpflichtung zur Teilnahme am ärztlichen Notdienst aufgrund einer Befreiung vom ärztlichen Notdienst oder eines Ruhens der Zulassung, dem Verzicht auf die Zulassung, des Todes des Vertragsarztes bzw. entfällt die Möglichkeit der Teilnahme am Notdienst aufgrund eines angeordneten Ruhens der Zulassung/der Approbation oder der Entziehung der Zulassung/der Approbation, bestimmt der Notdienstbeauftragte oder die KVT unter Zugrundelegung der gleichmäßigen Dienstverteilung einen Ersatz für die bereits im Dienstplan erstellten Dienste. Der ersatzweise eingeteilte Arzt wird hierüber schriftlich informiert. In Bereichen, in denen ein Hintergrunddienst eingerichtet ist, kann in diesen Fällen auf den Hintergrunddienst zurückgegriffen werden. In diesem Fall kommt § 6 Nr. 19 nicht zur Anwendung. Für die dadurch unbesetzten Hintergrunddienste ist unter Zugrundelegung der gleichmäßigen Dienstverteilung ein Ersatz zu bestimmen.

4.

Die Einteilung zum ärztlichen Notdienst erfolgt nach folgenden Anrechnungsfaktoren:

- | | |
|---|-------------|
| a) Niedergelassene Vertragsärzte und Job-Sharing-Partner entsprechend ihres Versorgungsauftrages, | |
| - mit vollem Versorgungsauftrag | Faktor 1,0 |
| - mit hälftigem Versorgungsauftrag | Faktor 0,5 |
| b) Vertragsärzte am Ort der Zweigpraxis bzw. Ermächtigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV | Faktor 0,25 |
| c) angestellte Ärzte und angestellte Ärzte mit Leistungsbegrenzung: | |
| - bis 10 Stunden pro Woche | Faktor 0,25 |
| - über 10 bis 20 Stunden pro Woche | Faktor 0,5 |

- über 20 bis 30 Stunden pro Woche	Faktor 0,75
- über 30 Stunden pro Woche	Faktor 1,0
d) Privatärzte	Faktor 0,5
e) Ermächtigte Krankenhausärzte	Faktor 0,25

5.
Über die Einteilung von ermächtigten Ärzten entscheidet der Vorstand der KVT im Einzelfall. Nimmt das Krankenhaus, in dem der ermächtigte Arzt tätig ist, an der Sicherstellung des Rettungsdienstes mit mindestens 50 % teil, erfolgt grundsätzlich keine Einteilung der ermächtigten Ärzte zum ärztlichen Notdienst.

6.
Ärzte, die im Rahmen eines besonderen Versorgungsauftrages, z. B. im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung, aufgrund gesetzlicher oder vertraglicher Regelungen, einen eigenen Bereitschaftsdienst auch in den Notdienstzeiten vorhalten bzw. absichern müssen, können vermindert zum ärztlichen Notdienst eingeteilt werden. Über die verminderte Einteilung entscheidet der Vorstand im Einzelfall, wenn dadurch die Sicherstellung des örtlichen Notdienstes nicht gefährdet ist.

7.
Der Dienstplan ist spätestens 4 Wochen vor Ablauf des vorhergehenden Dienstplanes allen im Bereich zur Teilnahme am ärztlichen Notdienst verpflichteten und berechtigten Ärzten sowie den vertraglich gebundenen Leistungserbringern insbesondere den Fahrdiensten, Krankenhäusern, Rettungsleitstellen mitzuteilen bzw. zugänglich zu machen.

8.
Für die Erstellung der Dienstpläne ist das durch die KVT eingesetzte Dienstplanprogramm zu nutzen. Ärzte in zugelassenen MVZ/Einrichtungen sowie angestellte Ärzte bei Vertragsärzten werden namentlich im Dienstplan dargestellt. Die namentliche Darstellung erfolgt zur Prüfung des Anrechnungsfaktors, zur Erfassung von Urlaubs- und Abwesenheitszeiten sowie zur Abrechnung der Pauschalen im ärztlichen Notdienst durch das MVZ/die Einrichtung. Die Dienstpläne erhält das zugelassene MVZ/die zugelassene Einrichtung sowie der anstellende Vertragsarzt mit namentlichen Vorschlägen. Ungeachtet dessen entscheidet das MVZ/die Einrichtung bzw. der anstellende Vertragsarzt über den Einsatz der Ärzte und teilt der KVT die entsprechenden Ärzte namentlich mit.

9.
Bei der Erstellung der Dienstpläne sind grundsätzlich Urlaubs- und Abwesenheitszeiten im Umfang von 90 Tagen pro Arzt/Jahr zu berücksichtigen. Dies gilt nicht an gesetzlichen Feiertagen, am 24.12, 31.12. und Brückentagen. Eine Berücksichtigung kann nur im Rahmen der namentlichen Darstellung erfolgen.

10.
Eine zeitgleiche Durchführung des ärztlichen Notdienstes durch einen Arzt in mehreren Notdienstbereichen ist nicht zulässig. Dies gilt nicht im Fall von § 1 Nr. 3 S.7. Es dürfen nicht in direkter Folge Dienste im ärztlichen Notdienst übernommen und durchgeführt werden, wenn damit eine zusammenhängende Dienstzeit von 24 Stunden überschritten wird. Ausgenommen hiervon ist die Absicherung der Besetzung des Notdienstes im Fall eines unvorhergesehenen Dienstausfalles des für den nachfolgenden Dienst eingeteilten Arztes.

11.
Zur Absicherung des Notdienstes richtet der Vorstand grundsätzlich Hintergrunddienste ein. Abweichende Regelungen in den einzelnen Notdienstbereichen bedürfen der Zustimmung des Vorstandes. Hat der Vorstand einer abweichenden Regelung zugestimmt, sind durch den für den Notdienstbereich zuständigen Notdienstbeauftragten dahingehend Vorkehrungen zu treffen, dass im Fall des Nichtantritts des zum Notdienst eingeteilten Arztes der Dienst durch einen Vertreter abgesichert wird. Erweist sich die abweichende Regelung als ungeeignet, richtet der Vorstand den Hintergrunddienst ein.

12.
Eine Einteilung der beratenden Ärzte erfolgt über die KVT. Auf die Einrichtung eines Hintergrunddienstes wird verzichtet. Ärzte, die als beratende Ärzte verpflichtet werden, üben ihren Notdienst ausschließlich in der Vermittlungszentrale der KVT aus. Eine darüber hinausgehende Einteilung zum ärztlichen Notdienst erfolgt grundsätzlich nicht.

§ 6 Pflichten des Arztes im Notdienst

1.

Der Einsatz im ärztlichen Notdienst hat von dem von der KVT ausgewiesenen Fahrdienststandort aus zu erfolgen. Sitzdienste sind an den durch die KVT ausgewiesenen Notdienstzentralen durchzuführen. Hat die KVT spezielle fachärztliche Notdienste an Notdienstzentralen eingerichtet, sind diese von dort aus durchzuführen, darüber hinaus vom Praxisort aus, soweit der Vorstand der KVT keine anderen Festlegungen getroffen hat.

2.

Sitzdienst

Der Arzt, der zum Sitzdienst an einer Notdienstzentrale oder in der Portalpraxis eingeteilt ist, muss während der gesamten Sitzdienstzeit in der Notdienstzentrale/Portalpraxis persönlich anwesend sein. Die Sitzdienstzeit ist im Dienstplan ausgewiesen.

3.

Fahrdienst

Der Arzt, der zum Fahrdienst eingeteilt ist, hat sich am Fahrdienststandort aufzuhalten. Von dort aus erfolgt der Einsatz im Fahrdienst. Der Fahrdienststandort ist den Veröffentlichungen der KVT (Rundschreiben und Internet) zu entnehmen. Der durch die KVT eingesetzte Fahrdienst ist zwingend zu nutzen. Eine telefonische Erreichbarkeit im Dienst muss gewährleistet sein. Sofern die KVT Diensthandys vorhält, sind diese zu nutzen.

4.

Ist an einzelnen Tagen kein Arzt im Sitzdienst eingeteilt, übernimmt der Arzt im Fahrdienst zusätzlich die Behandlung der Patienten, die sich in der Notdienstzentrale eingefunden haben. Die unter Punkt 2 genannte Regelung zum Sitzdienst gilt im Falle der Durchführung eines Hausbesuches nicht.

5.

Der Arzt im ärztlichen Notdienst ist verpflichtet, alle vermittelten Fahrdiensteinsätze durchzuführen, indem er den Patienten persönlich aufsucht. Die Reihenfolge der Abarbeitung der Einsätze kann durch den diensthabenden Arzt nach medizinischen Gesichtspunkten bestimmt werden.

6.

Hintergrunddienst (allgemeiner Notdienst)

Aufgabe des Hintergrunddienstes ist es, kurzfristige Ausfälle des Arztes im Sitzdienst oder des Arztes im Fahrdienst zu kompensieren. Der Arzt, der zum Hintergrunddienst eingeteilt ist, wird durch den ausfallenden Arzt, der regionalen Leitstelle/Vermittlungsstelle, durch den Notdienstbeauftragten oder die KVT über die eingetretene Dienstverpflichtung informiert. Der Arzt hat sich in der Regel innerhalb von 60 Minuten am jeweiligen Notdienststandort einzufinden.

7.

Spezielle fachärztliche Notdienste (Rufbereitschaft)

Der Arzt hat sich entsprechend der Terminvereinbarung mit dem Patienten in der Regel innerhalb von 60 Minuten am Praxisort einzufinden.

8.

Die zur Teilnahme am ärztlichen Notdienst gem. § 4 Verpflichteten müssen in ihrer Praxis einen Hinweis anbringen, wie und wo der ärztliche Notdienst durch Patienten zu erreichen ist. Auf die Erreichbarkeit über die bundeseinheitliche Rufnummer 116 117 ist hinzuweisen.

9.

Der zum ärztlichen Notdienst eingeteilte Arzt muss ständig telefonisch erreichbar sein. Dies ist durch geeignete personelle Vorkehrungen oder technische Einrichtungen zu gewährleisten.

10.

Mit der Einrichtung einer zentralen Einsatzdisposition durch die KVT hat sich der zum Notdienst eingeteilte Arzt in dem betreffenden Notdienstbereich in einem von der KVT vorgegebenen Zeitfenster vor Dienstbeginn in der zentralen Einsatzdisposition dienstbereit zu melden. Meldet sich der eingeteilte Arzt nicht pünktlich zu Dienstbeginn dienstbereit, gilt der Dienst als nicht angetreten.

11.

Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, den Notdienst persönlich wahrzunehmen. Er kann den Dienst mit einem Vertragsarzt tauschen oder sich durch einen anderen geeigneten Arzt, der die Voraussetzungen des § 4 Abs. 2 erfüllt, vertreten lassen. Der Arzt im Hintergrunddienst ist nicht der reguläre Vertreter des Arztes im Sitzdienst oder Fahrdienst. Übernimmt er den Dienst des Arztes im Sitzdienst oder Fahrdienst im Rahmen der Vertretung, muss er seinerseits für eine Vertretung im Rahmen des Hintergrunddienstes Sorge tragen.

12.

Für die Bestellung eines Vertreters und die Prüfung der Qualifikation ist der Arzt selbst verantwortlich; er hat die mit der Vertretung evtl. entstehenden Kosten selbst zu tragen. Ob der Vertreter im Arztregister eingetragen ist, kann bei der KVT erfragt werden.

13.

Der Arzt, der zum Notdienst eingeteilt ist bzw. den Dienst durch Tausch übernommen hat und kurzfristig (z. B. durch eigene Erkrankung) gehindert ist, hat selbst dafür Sorge zu tragen, dass der Dienst durch einen geeigneten Vertreter sichergestellt wird. Dies betrifft alle Dienstarten (Sitzdienst, Fahrdienst, Hintergrunddienst). Sind Ärzte bei Vertragsärzten, in MVZ oder einer Einrichtung angestellt, ist der Arbeitgeber bei Ausfall für die Sicherstellung des Dienstes verantwortlich.

14.

Der diensthabende Arzt eines speziell organisierten fachärztlichen Notdienstes darf sich nur von einem Arzt vertreten lassen, der die Weiterbildung im entsprechenden Fachgebiet abgeschlossen oder der sich im letzten Drittel seiner Weiterbildung befindet und dies dem teilnahmepflichtigen Arzt nachweisen kann.

15.

Der Arzt, der sich vertreten lässt, ist verpflichtet, die Vertretung im Vorfeld dem für den Dienstplan zuständigen Notdienstbeauftragten bzw. der KVT schriftlich mitzuteilen.

16.

Im Falle der Vertretung durch einen nicht teilnahmepflichtigen Arzt verbleibt die Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung des Notdienstes bei dem ursprünglich eingeteilten Arzt. Dieser hat den Vertreter sachgerecht in den Dienstablauf, die vertragsärztlichen Pflichten und die Nutzung der vorhandenen Einrichtungen (Praxis/Notdienstzentrale, Kommunikationseinrichtungen etc.) einzuweisen. In diesem Fall hat die Abrechnung der Leistungen durch den vertretenen Arzt zu erfolgen. Bei kollegialer Vertretung erfolgt die Abrechnung der Leistungen über den Vertreter. Im Fall des Nichtantrittes des Dienstes durch den Vertreter gilt, dass der ursprünglich eingeteilte Arzt zum Ersatz der Aufwendungen gem. Abs. 19 verpflichtet ist.

17.

Beim Dienstaustausch wird die Verpflichtung zum ärztlichen Notdienst für einen konkreten Zeitraum durch Absprache auf einen anderen Arzt übertragen. Der Arzt, der vom ursprünglich eingeteilten Arzt durch Tausch den Dienst übernommen hat, trägt allein die Verantwortung für die Durchführung des übernommenen Dienstes.

18.

Verletzt ein Arzt seine Pflichten im ärztlichen Notdienst, kann durch den Vorstand der KVT ein Antrag auf Einleitung eines Disziplinarverfahrens gestellt werden. Pflichtverletzungen liegen u. a. vor, wenn die festgelegten Strukturen im ärztlichen Notdienst nicht genutzt werden, der Arzt den ärztlichen Notdienst nicht durchführt, wiederholt zu spät erscheint, sich nicht dienstbereit meldet bzw. nicht erreichbar ist, vermittelte Fahrdiensteinsätze nicht durchführt bzw. Hilfeersuchen ablehnt.

19.

Der zum Notdienst eingeteilte Arzt ist verpflichtet, den Notdienst pünktlich anzutreten. Bei Nichtantritt des Notdienstes ohne die vorherige Bestellung eines Vertreters sind die mit der Vertretersuche verbundenen Aufwendungen als pauschalisierter Aufwendersatz in Höhe von 500,00 € pro Dienst auszugleichen.

Der Betrag wird mit den Ansprüchen des zum Notdienst eingeteilten Arztes gegen die KVT verrechnet und dem den Dienst übernehmenden Arzt werden pro übernommenen Dienst 500,00 € gutgeschrieben. Voraussetzung ist, dass die Übernahme durch den übernehmenden Arzt bis spätestens 5 Tage nach dem Ende des Quartals der KVT gemeldet wurde.

§ 7 Befreiung

1.

Auf Antrag eines Teilnahmeverpflichteten gem. § 4 kann eine befristete, teilweise bzw. vollständige Befreiung von der persönlichen Teilnahme am ärztlichen Notdienst für sich selbst oder den dort angestellten Arzt erteilt werden. Gründe hierfür liegen insbesondere dann vor, wenn

a)

der Arzt aus schwerwiegenden gesundheitlichen Gründen nicht nur vorübergehend in der Ausübung seiner vertragsärztlichen Pflichten erheblich eingeschränkt ist und nachweislich seine Praxistätigkeit nur eingeschränkt ausübt;

b)

eine Schwangerschaft besteht (eine Freistellung vom ärztlichen Notdienst kann nur ab dem Zeitpunkt der Vorlage des ärztlichen Zeugnisses bis zu 18 Monaten nach der Entbindung gewährt werden).

c)

Ärzte regelmäßig am bodengebundenen Rettungsdienst in Thüringen teilnehmen und dies aus Gründen der Sicherstellung des bodengebundenen Rettungsdienstes in Thüringen erforderlich ist.

d)

Ärzte im Vorstand der KVT oder KBV hauptamtlich tätig sind.

e)

der Arzt das 65. Lebensjahr vollendet hat; in diesem Fall kann der Arzt vom Fahrdienst befreit werden;

Der Antrag auf Befreiung vom ärztlichen Notdienst ist schriftlich unter Darlegung der Hinderungsgründe an den Vorstand der KVT zu richten. Wird der Befreiungsantrag aus gesundheitlichen Gründen gestellt, so ist der Vorstand der KVT berechtigt, vom Antragsteller ein aktuelles ärztliches Attest mit ICD 10-Verschlüsselung einschließlich Medikation anzufordern. Inhalt des Attestes muss insbesondere sein, welche körperlichen bzw. psychischen Einschränkungen vorliegen, die eine Teilnahme am ärztlichen Notdienst nicht ermöglichen.

2.

Eine Befreiung darf nur erfolgen, wenn dadurch die Sicherstellung des örtlichen Notdienstes nicht gefährdet ist.

3.

Liegt ein Befreiungsgrund nach Punkt 1 vor, ist zusätzlich zu prüfen, ob

a)

dem Antragsteller die Bestellung eines Vertreters auf eigene Kosten zugemutet werden kann oder

b)

dem Arzt eine ärztliche Tätigkeit anderer Art im Rahmen des ärztlichen Notdienstes, wie z. B. Sitzdienst in der Notdienstzentrale, zugemutet werden kann.

Kommen die Alternativen nach den v. g. Buchstaben a) und/oder b) in Betracht, darf eine Befreiung von der Teilnahme am ärztlichen Notdienst nicht erfolgen.

4.

Eine Befreiung kann nur befristet erteilt werden. Sie kann jederzeit aufgehoben werden, wenn die tatsächlichen Voraussetzungen für die Befreiung nicht vorlagen oder nachträglich entfallen sind. Dies ist dem Antragsteller rechtzeitig vor einem geplanten Einsatz im ärztlichen Notdienst durch den Vorstand der KVT schriftlich mitzuteilen.

5.

Unbeschadet einer vorübergehenden Befreiung von der persönlichen Teilnahme eines Arztes am ärztlichen Notdienst ist der Antragsteller auch für die Dauer der Befreiung verpflichtet, sich an den Kosten des Notdienstes zu beteiligen.

6.

Wird einem Befreiungsantrag entsprochen und ist der Dienstplan für den Befreiungszeitraum bereits erstellt, ist der zur Teilnahme am Notdienst Verpflichtete für eine Übergangsfrist von 2 Monaten für die Absicherung der noch im Dienstplan ausgewiesenen Notdienste verantwortlich.

§ 8 Organisation

1.

Aus Sicherstellungsgründen legt der Vorstand der KVT unter Berücksichtigung von § 1 Abs. 8 die technische und organisatorische Struktur des ärztlichen Notdienstes fest. Sie ist für alle Ärzte des Notdienstbereiches verbindlich.

2.

Diese Struktur umfasst u. a.:

- die Größe der Notdienstbereiche,
- den Einsatz der zur Teilnahme verpflichteten Ärzte,
- die Einrichtung von Präsenzpraxen und/oder Notdienstzentralen bzw. Portalpraxen,
- die Einrichtung von Sitzdiensten und/oder Fahrdiensten (auch mit Leistungserbringern) und Hintergrunddiensten,
- vertragliche Bindung von Leistungserbringern,
- die Einrichtung von speziellen fachärztlichen Notdiensten,
- die Ausstattung und personelle Besetzung der Notdienstzentralen bzw. Portalpraxen und Fahrdienste sowie die Leistungsbeschreibungen,
- die Schaltung zentraler Rufnummern,
- den Einsatz der Kommunikationstechnik,
- den Einsatz von technischen Systemen zur Dienstplanung und Regelungen zur Dienstplanung
- zentrale Einsatzvermittlung und -disposition

3.

Die territoriale Größe des Notdienstbereiches legt der Vorstand der KVT anhand von Sicherstellungsgesichtspunkten fest. Hierzu kann er die Zusammenlegung einzelner Notdienstbereiche beschließen.

4.

In Ausnahmefällen kann auch über bestehende Landesgrenzen eine gesonderte Regelung getroffen werden. Diese Regelung bedarf der Zustimmung des Vorstandes der KVT und der jeweiligen betroffenen KV.

5.

Notdienstzentralen sind Einrichtungen, in denen die Notfallversorgung im Rahmen eines Sitzdienstes durch einen Arzt an einem festgelegten Standort erfolgt. Die Notdienstzentralen müssen während der festgelegten Zeiten ärztlich besetzt sein.

6.

Portalpraxen sind auch Notdienstzentralen an Krankenhäusern, in denen die KVT mittels Kooperationsvertrag eine sektorübergreifende ambulante Notfallversorgung organisiert.

7.

Die Verordnung von Sprechstundenbedarf in Notdienstzentralen erfolgt nach der gültigen Sprechstundenbedarfsvereinbarung durch den Notdienstbeauftragten. Das Verordnungsblatt wird mit dem Stempel der Notdienstzentrale, der von der KVT ausgegeben wird, versehen. Es ist nur das hierfür vorgesehene codierte Arzneiverordnungsblatt zu verwenden. Der Stempel sowie die Arzneiverordnungsblätter sind durch den Notdienstbeauftragten zu verwalten.

8.

Notdienstzentralen unterliegen hinsichtlich der Verordnung von Sprechstundenbedarf der Wirtschaftlichkeitsprüfung entsprechend der Sprechstundenbedarfsvereinbarung bzw. Prüfvereinbarung. Beschlossene Regresse werden von allen zur Teilnahme am ärztlichen Notdienst verpflichteten und berechtigten Ärzten aus dem betreffenden Notdienstbereich mit der jeweiligen Notdienstzentrale ihrer Zahl entsprechend anteilig getragen und im Umlageverfahren über die KVT erhoben.

9.

Aus jedem Notdienstbereich ist vom Vorstand der KVT für die Dauer einer Amtszeit des Vorstandes der KVT auf Vorschlag der örtlich zuständigen Regionalstelle ein Notdienstbeauftragter für den ärztlichen Notdienst zu berufen. Dieser wird Beauftragter der KVT.

§ 9 Spezielle fachärztliche Notdienste

1.

Ergänzend zum allgemeinen ärztlichen Notdienst können spezielle fachärztliche Notdienste für ein Fachgebiet eingerichtet werden, soweit hierfür Bedarf besteht und eine Mindestzahl von 4 Ärzten des Fachgebietes zur Verfügung stehen. Ein spezieller fachärztlicher Notdienst darf nur eingerichtet und durchgeführt werden, wenn dadurch die Sicherstellung des allgemeinen ärztlichen Notdienstes nicht gefährdet ist.

2.

Über die Einrichtung von speziellen fachärztlichen Notdiensten entscheidet der Vorstand der KVT.

3.

Ärzte, die an einem speziellen fachärztlichen Notdienst teilnehmen, sind von der Teilnahme am allgemeinen ärztlichen Notdienst befreit.

4.

Spezielle fachärztliche Notdienste sollen auf die Fachrichtungen HNO-Heilkunde, Kinderheilkunde und Augenheilkunde beschränkt werden.

§ 10 Rechte und Pflichten des Notdienstbeauftragten

1.

Der Notdienstbeauftragte ist für die laufende Organisation des ärztlichen Notdienstes im jeweiligen Notdienstbereich verantwortlich.

2.

Der Vorstand der KVT beruft auf Vorschlag der Regionalstelle den Notdienstbeauftragten für die Dauer der Amtszeit des Vorstandes der KVT. Dem Vorschlag ist die schriftliche Einverständniserklärung zur Übernahme der Tätigkeit als Notdienstbeauftragter beizufügen. Berufen werden kann grundsätzlich nur ein Mitglied der KVT. In besonderen Ausnahmefällen, z. B. wenn kein Mitglied der KVT zur Übernahme der Tätigkeit als Notdienstbeauftragter zur Verfügung steht, ist es möglich, vorübergehend einen am Notdienst teilnehmenden Arzt, der nicht Mitglied der KVT ist, als Notdienstbeauftragten zu berufen. Legt ein vom Vorstand berufener Notdienstbeauftragter vor Ablauf der Amtszeit sein Amt nieder, hat er dies dem Vorstand der KVT schriftlich mitzuteilen. Legt der berufene Notdienstbeauftragte vor Ablauf der Amtszeit sein Amt nieder oder endet seine Mitgliedschaft in der KVT, beruft der Vorstand der KVT auf Vorschlag der Regionalstelle einen anderen Notdienstbeauftragten für die noch verbleibende Amtszeit.

3.
Schlägt die Regionalstelle aus ihren Mitgliedern keinen Notdienstbeauftragten vor, beruft der Vorstand der KVT einen Notdienstbeauftragten für diese Position.

4.
Die Berufung wird dem Notdienstbeauftragten schriftlich vom Vorstand der KVT mitgeteilt.

5.
Die vom Vorstand der KVT berufenen Notdienstbeauftragten bleiben solange im Amt, bis nach Ablauf der Amtszeit die neugewählte Vertreterversammlung der KVT einen Vorstand gewählt hat und dieser für die laufende Amtszeit Notdienstbeauftragte berufen hat.

6.
Die berufenen Notdienstbeauftragten sind Beauftragte der KVT und an Weisungen des Vorstandes der KVT gebunden.

7.
Die Notdienstbeauftragten werden für den Vorstand der KVT als Verwaltungshelfer für die Erledigung der Aufgaben der KVT zur Durchführung des ärztlichen Notdienstes tätig.

8.
Die vom Vorstand der KVT berufenen Notdienstbeauftragten sind verpflichtet, bei der Ausübung der ihnen übertragenen Aufgaben stets die Interessen der KVT nach den Beschlüssen der Vertreterversammlung und des Vorstandes der KVT zu wahren und dabei mit der größtmöglichen Sorgfalt und Umsicht vorzugehen.

9.
Für die in der Dienst- und Geschäftsordnung für Notdienstbeauftragte der KVT festgelegten Aufgaben, erhält der Notdienstbeauftragte eine pauschale Entschädigung. Die Höhe der Entschädigung richtet sich nach dem Arztbestand des jeweiligen Notdienstbereiches und ist wie folgt zu staffeln:

- bis 100 Ärzte,
- bis 200 Ärzte und
- über 200 Ärzte.

Durch die Entschädigung sind u. a. die laufenden Ausgaben für Bürobedarf und Porto abgegolten. Diese Pauschalen zählen zu den Kosten des ärztlichen Notdienstes.

10.
Über die Höhe der pauschalen Entschädigung entscheidet der Vorstand der KV Thüringen. Sie ist in geeigneter Weise bekannt zu machen.

11.
Die Notdienstbeauftragten haben der KVT einen ständigen Vertreter zu benennen, der bei Verhinderung des Notdienstbeauftragten als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Dieser wird nicht durch den Vorstand der KVT berufen. Soll ein ständiger Vertreter einen Teil der pauschalen Vergütung erhalten, ist eine Meldung an die KVT notwendig.

12.
Einzelheiten zu den Rechten und Pflichten der Notdienstbeauftragten regelt eine Dienst- und Geschäftsordnung, die vom Vorstand der KVT zu beschließen ist.

§ 11 Abrechnung

1.
Die im ärztlichen Notdienst erbrachten vertragsärztlichen Leistungen, ausgenommen Leistungen für Privatpatienten, sind von den am ärztlichen Notdienst teilnehmenden Ärzten über die KVT abzurechnen und werden nach den jeweils geltenden Regelungen vergütet.

2.

Die im ärztlichen Notdienst erbrachten vertragsärztlichen Leistungen von Ärzten in zugelassenen Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V, § 95 Abs. 1 SGB V sowie Einrichtungen nach § 105 Abs. 1 und Abs. 5 SGB V werden über die Einrichtung gegenüber der KVT abgerechnet, soweit nicht der dort tätige Arzt außerhalb und unabhängig von seiner Tätigkeit in der Einrichtung zusätzlich auf eigene Honorarabrechnung am ärztlichen Notdienst teilnimmt. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des jeweils gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sowie die Honorarverteilungsregelungen in der jeweils gültigen Fassung oder die damit im Zusammenhang stehenden Verträge. Für die Berechnung der Pauschalen im Notdienst werden nur diejenigen Zeiten zugrunde gelegt, in denen der Arzt tatsächlich zur Versorgung im ärztlichen Notdienst zur Verfügung stand und die Strukturen des Notdienstes gemäß § 8 genutzt hat.

3.

Allen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung im Notdienst behandelten Patienten ist eine Privatliquidation auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) auszustellen.

4.

Für alle weiteren am ärztlichen Notdienst teilnehmenden Ärzte gelten bei der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen dieselben Grundsätze wie für einen Vertragsarzt entsprechend der Satzung der KVT, den jeweils gültigen Regelungen des EBM, der Honorarverteilungsregelungen in der jeweils gültigen Fassung und/ oder der damit im Zusammenhang stehenden Verträge.

§ 12 Kosten

1.

Alle im allgemeinen und im speziellen fachärztlichen Notdienst anfallenden Kosten werden von allen zur Teilnahme verpflichteten und berechtigten Ärzten und Einrichtungen anteilig getragen. Dies gilt auch dann, wenn der Arzt von seiner Verpflichtung zur Teilnahme am Notdienst ganz oder teilweise befreit wurde. Bei MVZ sowie zugelassenen Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V erfolgt die Berechnung der Kosten nach der Zahl der dort tätigen Ärzte. Die Berechnung der Kosten erfolgt je Arzt, nicht nach dem Umfang der Tätigkeit. Die Kosten werden unabhängig von der Teilnahme des einzelnen Arztes nach der Anzahl der zur Teilnahme verpflichteten und berechtigten Ärzte anteilig berechnet und von diesen im Umlageverfahren (Notdienstumlage) durch die KVT erhoben. Sie werden mit dem vertragsärztlichen Honoraranspruch gegenüber der KVT verrechnet. Die Notdienstumlage ist gegenüber den zur Kostentragung verpflichteten Ärzten und Einrichtungen auf den Auszügen aus dem Honorarkonto nachzuweisen bzw. darzustellen.

Die KVT ist berechtigt, von am Notdienst teilnehmenden Ärzten, welche nicht ihre Mitglieder sind, einen Kostenbeitrag für die Nutzung der Strukturen des Notdienstes einzubehalten, wenn diese über die KVT finanziert werden. Die Kosten entsprechen der Notdienstumlage.

2.

Sofern der Vorstand der KVT mit Dritten Verträge zum Transport eines zur Teilnahme am ärztlichen Notdienst berechtigten und verpflichteten Arztes abschließt, werden die dafür anfallenden Kosten nach der tatsächlichen Inanspruchnahme des Transportdienstes durch den jeweiligen Arzt getragen (Einbehaltung des Wegegeldes) und über eine Pauschale auf alle am ärztlichen Notdienst teilnehmenden Ärzte und MVZ/Einrichtungen umgelegt. Über die anfallenden Kosten nach der tatsächlichen Inanspruchnahme hinausgehende Transportkosten sind in jedem Fall Bestandteil der allgemeinen Kosten des ärztlichen Notdienstes nach Abs. 1.

3.

Von Ärzten in zugelassenen Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V, § 95 Abs. 1 SGB V sowie Einrichtungen nach § 105 Abs. 1 und Abs. 5 SGB V werden die Kosten nur insoweit erhoben, als sie außerhalb ihrer Tätigkeit in der Einrichtung zusätzlich auf eigene Abrechnung am ärztlichen Notdienst teilnehmen. Hierbei können zwischen der KVT, dem Träger der Einrichtung und dem betroffenen Arzt gesonderte vertragliche Vereinbarungen getroffen werden. Soweit diese Ärzte aufgrund ihres Dienstverhältnisses für die jeweilige Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V, § 95 Abs. 1 SGB V sowie Einrichtungen nach § 105 Abs. 1 und Abs. 5 SGB V zur Teilnahme am ärztlichen Notdienst verpflichtet sind, werden die

dabei anfallenden Kosten gegenüber der Einrichtung in dem Umfang geltend gemacht, wie dies der Zahl der bei ihr tätigen Ärzte entspricht. Dies gilt auch für Vertragsärzte, die angestellte Ärzte i. S. d. § 95 Abs. 9 oder 9a SGB V sowie § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V beschäftigen.

4.

Die Abrechnung der anfallenden Kosten des ärztlichen Notdienstes erfolgt in der KVT durch den Notdienstbeauftragten. Dabei ist sicherzustellen, dass nur prüffähige, vom Notdienstbeauftragten ordnungsgemäß bestätigte Rechnungen, anerkannt werden können. Die Bestätigung der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit sowie die Anweisung von Beträgen im Zusammenhang mit dem ärztlichen Notdienst richtet sich nach der jeweils gültigen Kassen- und Zeichnungsordnung der KVT.

5.

Hinsichtlich der Ermittlung der anteilmäßigen Kosten des ärztlichen Notdienstes unterliegt die KVT der Revisionspflicht.

6.

Investitionskosten im Zusammenhang mit dem ärztlichen Notdienst werden nach Maßgabe einer Entscheidung des Vorstandes der KVT unter Berücksichtigung der Beschlussfassung der Vertreterversammlung der KVT von der KVT getragen.

§ 13 Vereinbarungen

Die KVT schließt zur Durchführung des ärztlichen Notdienstes mit Dritten die notwendigen Verträge ab. Diese sind für alle nach § 4 zur Teilnahme am ärztlichen Notdienst verpflichteten Ärzte und Einrichtungen verbindlich.

§ 14 Versicherung

Die am ärztlichen Notdienst teilnehmenden Ärzte haben selbst für ausreichenden Versicherungsschutz (Unfall- und Haftpflichtversicherung) Sorge zu tragen.

§ 15 Außergewöhnliche Situationen

Im Falle von Epidemien oder sonstigen außergewöhnlichen Situationen kann von den Regelungen in der Notdienstordnung abgewichen werden. Entsprechende Maßnahmen werden durch den Vorstand der KVT eingeleitet.

§ 16 In-Kraft-Treten/Außer-Kraft-Treten

Die Notdienstordnung der KVT in der Fassung vom 14.06.2017 tritt zum 01.07.2017 in Kraft und tritt damit an die Stelle der bisher geltenden Notdienstordnung.

ausgefertigt: 14. Juni 2017

gezeichnet: (Dienstsiegel)
Dr. med. Andreas Jordan
Vorsitzender der Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen



Mitglieder der KV Thüringen

Erste Informationen zum Anschluss Ihrer Praxis an die Telematikinfrastruktur (TI)

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

in Kürze wird die Telematikinfrastruktur (TI) im Gesundheitswesen ihren Betrieb aufnehmen. Sie soll perspektivisch alle Praxen, Medizinischen Versorgungszentren, Krankenhäuser, Apotheken und weitere Akteure elektronisch vernetzen. Wir stellen Ihnen heute den aktuellen Sachstand vor und erläutern, was der Start der TI für Sie und Ihr Praxisteam bedeutet.

Papierloser und sicherer Datenaustausch mit Kollegen, wichtige Befund- und Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK), Sprechstunde per Video – seit Jahren wird im Gesundheitswesen am Aufbau einer sektorenübergreifenden digitalen Infrastruktur gearbeitet. Jetzt steht sie kurz vor dem Start: Mit dem Versichertenstammdaten-Management (VSDM) – der ersten Online-Anwendung auf der eGK – soll der Online-Rollout ab Juli 2017 offiziell beginnen. Alle Praxen werden sich dazu nach und nach an die TI anschließen.

Höchste Sicherheitsanforderungen

Das Mega-Projekt geht auf einen gesetzlichen Auftrag zurück. Ein wesentliches Ziel ist es, die sektorenübergreifende Kommunikation zwischen Ärzten, Psychotherapeuten, Apothekern und anderen an der Versorgung der Patienten Beteiligten zu erleichtern. Medizinische Informationen, die für die Behandlung benötigt werden, sollen schneller verfügbar sein. So ist perspektivisch unter anderem vorgesehen, den Medikationsplan sowie Notfalldaten auf der eGK zu speichern. Auch Online-Anwendungen, die Ärzte jetzt im Sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen finden, können dann über die Telematikinfrastruktur genutzt werden.

Für alle diese Anwendungen gelten höchste Sicherheitsanforderungen. Deshalb werden zum Beispiel sämtliche technischen Komponenten wie Konnektoren und Kartenterminals vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) zertifiziert und von der gematik zugelassen. Die gematik – die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte – ist verantwortlich für den Aufbau und Betrieb des digitalen Netzwerkes. Sie wurde von den Spitzenverbänden des Gesundheitswesens, darunter der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen, die Kassenärztlichen Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer, gegründet.

Vorstand

Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar
Internet: www.kvt.de

Ansprechpartner
zur Telematikinfrastruktur:
Torsten Olschewski
Sven Dickert

Tel.: 03643 559-104, -109
Fax: 03643 559-191
E-Mail: it@kvt.de

Datum: 22.06.2017

Deutsche Apotheker- und
Ärztebank e. G.
BIC DAAEDEDXXX
IBANDE75 3006 0601 0003
0926 23
IK 205000023

Commerzbank AG
BIC COBADEFF820
IBANDE70 8204 0000 0452
0300 00
IK 205000034

Gesetzgeber gibt engen Zeitplan vor

Der Zeitplan, den der Gesetzgeber dafür definiert hat, ist extrem eng: Innerhalb nur eines Jahres, so schreibt es das E-Health-Gesetz vor, sollen alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, sämtliche Krankenhausambulanzen sowie Zahnärzte an die TI angeschlossen sein und mit der ersten Online-Anwendung, dem Abgleich der Versichertendaten auf der eGK, beginnen. Praxen, die das Versichertenstammdatenmanagement **ab 1. Juli 2018** nicht durchführen, droht der Gesetzgeber mit Honorarkürzungen. Ursprünglich waren für den TI-Anschluss zwei Jahre vorgesehen. Da die Industrie die Technik nicht rechtzeitig liefern konnte, wurde der Starttermin durch den Gesetzgeber vom 1. Juli 2016 auf den 1. Juli 2017 verschoben und damit der Zeitraum für die Anbindung der Praxen an die TI von zwei Jahren auf ein Jahr reduziert.

Aktueller Stand: TI ist für Rollout vorbereitet

Wie sieht nun der aktuelle Stand aus? Die Gesellschafter der gematik haben am 1. Juni 2017 die Freigabe für den Online-Betrieb erteilt. Die Architektur der Telematikinfrastruktur steht, alle nötigen Sicherheits- und Betriebskonzepte, sämtliche Spezifikationen für die Technik etc. liegen vor. KBV und GKV-Spitzenverband haben sich zudem auf eine Finanzierungsregelung für die technische Ausstattung der Praxen und den laufenden Betrieb geeinigt. Darin sind unter anderem Pauschalen für Konnektoren und Kartenterminals festgelegt, die die Krankenkassen bereitstellen.

Industrie muss jetzt Komponenten bereitstellen

Jetzt ist die Industrie am Zuge, ihre Produkte zur gematik-Zulassung einzureichen. Ihre Aufgabe ist es, Konnektoren für den Anschluss der Praxen an die TI und passende Kartenterminals bereitzustellen. **Die gematik geht davon aus, dass die ersten zugelassenen Produkte ab Herbst 2017 auf dem Markt verfügbar sein werden.** Erst dann können sie in den Praxen installiert und eingesetzt werden.

Dies alles erhöht den Zeitdruck zusätzlich. Hinzu kommt, dass die Ausstattung allein der rund 165.000 Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten mit der neuen Technik eine große logistische Herausforderung darstellt und innerhalb von zwölf Monaten nur schwer zu schaffen sein dürfte. Die KBV ist deshalb bereits mit Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe im Gespräch. Sie will erreichen, dass der Zeitraum des Online-Rollouts wieder auf die ursprünglich vorgesehenen zwei Jahre festgesetzt wird und somit das VSDM erst ab Juli 2019 für alle Praxen Pflicht wird. Auch die Gesellschafterversammlung der gematik stellt in ihrem Beschluss zum Start der TI fest, dass die Frist von einem Jahr für den flächendeckenden Rollout nicht ausreicht.

Darauf sollten Sie achten:

Sie sollten genau abwägen, wann der richtige Zeitpunkt für den Anschluss Ihrer Praxis an die Telematikinfrastruktur ist. Nach den aktuellen gesetzlichen Vorgaben haben Sie bis zum 30. Juni 2018 Zeit. Die gematik geht davon aus, dass in den kommenden Monaten weitere Hersteller Geräte auf den Markt bringen werden. Damit hätten Sie eine größere Auswahl. Zudem ist zu erwarten, dass die Preise für die Konnektoren fallen werden. Das ist im Übrigen auch ein Grund, warum die Finanzierungspauschalen, die die Krankenkassen für die Konnektoren bereitstellen, pro Quartal um zehn Prozent sinken.

Unser Rat: Lassen Sie sich nicht unter Druck setzen, auch nicht von dem aktuellen Werbe-Druck des derzeitigen Monopol-Herstellers. Unterschreiben Sie möglichst keinen Vertrag, wenn die Firma Ihnen nicht zusichern kann, dass der Konnektor und Kartenterminal mit SMC-B-Karte anwendungsbereit noch im selben Quartal in Ihrer Praxis installiert wird. Anderenfalls sollten Sie darauf drängen, dass Sie das Gerät zu dem Preis erhalten, der durch die Höhe der Finanzierungspauschale zum Zeitpunkt der Installation abgedeckt ist. Verbindliche Bestellungen mit langen Lieferzeiten können ansonsten problematisch sein. Der Grund ist, dass sich die Höhe der Finanzierungspauschale nicht nach dem Zeitpunkt der Bestellung richtet, sondern nach dem der Inbetriebnahme.



Kein Antragsverfahren für Finanzierung notwendig

Genauer gesagt: Sämtliche Pauschalen und Zuschläge, die die Krankenkassen Ihnen für den Anschluss und den Betrieb der TI zahlen, erhalten Sie – über ein von der PVS zugesetztes Abrechnungskennzeichen – erst ab dem ersten VSDM, also erst dann, wenn Sie die erste elektronische Gesundheitskarte mit Ihrem neuen Kartenterminal eingelesen haben und dabei die Versichertendaten des Patienten auf der Chipkarte automatisch online geprüft wurden. Das heißt auch: Für die Finanzierung ist kein Antragsverfahren notwendig. Diese Regelung gilt auch für den Zuschuss zum elektronischen Heilberufsausweis.

Bei der Bestellung des Konnektors sollten Sie außerdem darauf achten, ob das Gerät bereits für die qualifizierte elektronische Signatur geeignet ist. Eventuell anfallende Kosten für ein späteres Update sind in der Finanzierungspauschale für den Konnektor, die Sie bekommen, enthalten.

Sollten sich die Preise nicht wie gewünscht entwickeln, werden KBV und GKV-Spitzenverband nachverhandeln. Denn der Gesetzgeber hat vorgegeben, dass die Krankenkassen die Erstausrüstung der Praxen für den Anschluss an die TI vollständig finanzieren müssen.

In der Finanzierungsvereinbarung ist im Übrigen auch eine TI-Startpauschale von 900 Euro vorgesehen. Diese erhalten Sie zusätzlich zu den Geldern für Konnektor und Kartenterminal. Bedenken Sie, dass in dieser Pauschale ein wesentlicher Anteil für den Zusatzaufwand Ihrer Praxen enthalten ist. Sie ist also nicht für die reine Installation durch einen IT-Dienstleister vorgesehen.

Bitte beachten Sie weitere Informationen zu diesem Thema

Mit diesem Brief haben wir Ihnen erste Informationen zum Anschluss Ihrer Praxis an die Telematik-Infrastruktur geliefert. Über die weitere Entwicklung dieses Themas wird Sie Ihre KV Thüringen in den nächsten Rundschreiben immer wieder informieren. Weitere Details und immer den aktuellen Stand finden Sie über unsere Internetseite www.kvt.de in einem Sonderportal zu diesem Thema, das Sie über die Startseite erreichen können. Mehr Informationen finden Sie auch auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de/html/telematikinfrastruktur.php. Nutzen Sie bitte auch Ihren IT-Dienstleister als Ansprechpartner zu allen technischen Fragen, zu Fragen der Lieferbarkeit von Geräten und Software und zu Fragen der Installation. Selbstverständlich steht Ihnen auch Ihre KV Thüringen als Ansprechpartner zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Annette Rommel
1. Vorsitzende

Dr. med. Thomas Schröter
2. Vorsitzender

