

Mit Bezug auf die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung gemäß § 87 c SGB V sowie den aktuellen Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschusses wird die

Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2009

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

- AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen vertreten durch den Vorstand, dieser Vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Herrn Rolf Steinbronn,
- BKK Landesverband Ost - Landesrepräsentanz Thüringen -,
- IKK Thüringen,
- Krankenkasse für den Gartenbau handelnd für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung,
- Knappschaft, Verwaltungsstelle Frankfurt/Main,

und

den Ersatzkassen

- Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
- Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH (KKH), Hannover
- Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
- HEK – Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
- Hamburg Münchener Krankenkasse (Hamburg Münchener), Hamburg
- hkk, Bremen

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gem. § 212 Abs. 5 S. 6 SGB V
Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. Siegburg (VdAK),
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Thüringen

geschlossen.

Inhalt

Teil 1: Allgemeine Grundsätze

Teil 2: Festlegung der regionalen Euro-Gebührenordnung

Teil 3: Berechnung der Gesamtvergütung in Thüringen

Teil 4: Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Protokollnotiz zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen
für das Jahr 2009

Anlagen

- | | |
|----------------|--|
| Anlage 1 a | Berechnung und Festlegung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs je Versicherten |
| Anlage 1 b | Berechnung und Festlegung der kassenspezifischen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal |
| Anlage 2 | Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung |
| Anlage 3 | Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen |
| Anlagen 3a - e | Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen |
| Anlage 4 | Für Regelleistungsvolumen relevante Arztgruppen |
| Anlage 5 | Kriterien zur Ausnahme von der Abstufelung |
| Anlage 6 | Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten |
| Anlage 7 | Berechnung der Rückstellungen und Vorwegabzüge 2009 |

Teil 1

Allgemeine Grundsätze

Präambel

- (1) Auf der Basis der Neuordnung der vertragsärztlichen Versorgung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) und der tangierenden aktuellen Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vereinbaren die oben genannten Vertragspartner nachfolgende Vergütungsregelung für die vertragsärztliche Versorgung. Diese gemeinsam und einheitlich geschlossene Vereinbarung ersetzt die bisher kassenverbandspezifischen – 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 01.01.2009 in Kraft und endet am 31.12.2009, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

§ 2

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

Der regionale Punktwert in Thüringen wird in der Höhe vereinbart, die der Erweiterte Bewertungsausschuss in der 8. Sitzung festgelegt hat. Er beträgt 3,5001 €-Cent.

§ 2

Regionale Euro-Gebührenordnung

- (1) Für die Vergütungen der Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung nach §§ 87 und 87 a bis c SGB V gilt der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) in seiner jeweils gültigen Fassung.
- (2) Die Höhe der Vergütungen für in Punkten bewertete Leistungen des EBM ergibt sich grundsätzlich aus der Multiplikation des regionalen Punktwertes nach § 1 und der jeweiligen Leistungsbewertung in Punkten.
- (3) Die Preise für in Punkten bewertete Leistungen werden in einer regionalen Euro-Gebührenordnung abgebildet. Diese Preise gelten nicht für die das Regelleistungsvolumen gemäß Beschluss Teil F 1.1 überschreitenden Leistungen.
- (4) In Euro ausgewiesene Leistungen werden in der im EBM festgelegten Höhe 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

- (1) Die Gesamtvergütung wird mit Wirkung für die jeweiligen Krankenkassen und deren Versicherten einschließlich des nach § 264 Abs. 2 bis 6 SGB V berechtigten Personenkreises mit Wohnort in Thüringen vereinbart.
- (2) Die nach Abschluss der jeweiligen Quartale nicht ausgeschöpften Mittel werden gesonderten Rückstellungen zugeführt. Sie dürfen nur zur Vergütung von Leistungen nach den Vorgaben des (Erweiterten) Bewertungsausschusses und den Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner verwendet werden. Über die zum Jahresabschluss 2009 verbleibenden Mittel treffen die Vertragspartner eine einvernehmliche Regelung, die bei Nichteinigung auf Antrag durch das Landesschiedsamt festgesetzt wird.

Der Inhalt des § 1 Abs. 2 wurde durch Schiedsspruch vom Landesschiedsamt am 12.11.2008 festgesetzt.

§ 2

Festsetzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- (1) Basis für die Berechnungen sind die Daten gemäß Satzart ARZTRG87c4, Version 2.0 ergänzt um die bisher nicht berücksichtigten Dialysesachkosten des Kapitels 40 EBM der ersten drei Quartale 2007 gemäß der Datenschnittstellenbeschreibung der Satzart ARZTRG87c4.
- (2) Die Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt entsprechend Teil B des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87c Abs. 4 SGB V.
- (3) Die Details der Berechnungen sind in **Anlage 1a** geregelt. Der so ermittelte Behandlungsbedarf aus Anlage 1a wird kassenindividuell berechnet und abgestimmt.
- (4) Der ermittelte Behandlungsbedarf je Versicherten einer Krankenkasse wird gleichmäßig auf die Quartale verteilt.
- (5) Die vorläufige morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Quartal ergibt sich aus der Multiplikation des Behandlungsbedarfs je Quartal mit der jeweils aktuell vorliegenden Zahl der Versicherten der jeweiligen Krankenkasse und dem vereinbarten regionalen Punktwert.
- (6) Die so ermittelte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird den jeweiligen Krankenkassen vor Berechnung der Regelleistungsvolumen gemäß **Anlage 1b** mitgeteilt.
- (7) Nach Vorlage der Zahl der Versicherten des jeweiligen Quartals des Jahres 2009 erfolgt im Rahmen der Quartalsabrechnung eine Neuberechnung.
- (8) Bei Fusionen von Krankenkassen mit Versicherten in Thüringen wird für die neue (fusionierte) Krankenkasse eine neue gewichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten für den betroffenen Zeitraum ermittelt.

- (9) Sofern der Bewertungsausschuss ein Verfahren zur Ermittlung des zu bereinigenden Betrages je Versicherten, der einem Selektivvertrag beitrifft, beschlossen hat, verständigen sich die Vertragspartner über die Umsetzung.

§ 3

Festsetzung der nicht vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- (1) Die Ermittlung der nicht vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt entsprechend Teil E des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V.
- (2) Zahlungen zur Begleichung von nicht vorhersehbarer Morbidität sind nicht basiswirksam und einmalig.
- (3) Naturkatastrophen oder andere Großschadensereignisse im Sinne des Beschlusses Teil E Punkt 3.1 liegen vor, wenn mindestens 2 % der Bevölkerung des Freistaates Thüringen verletzt wurden und Katastrophenalarm ausgelöst wurde.

§ 4

Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Die Leistungen der **Anlage 2** (Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung), **Anlage 3** (Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen) und der **Anlagen 3a ff.** (Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen) werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

§ 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 morbiditätsbedingte Gesamtvergütung 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 morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal gemindert um die Summe der Praxisgebühr (Formblatt 3, Kontenart 995, Vorgänge 020 und 021) des jeweiligen Vorjahresquartals.
- (2) Die Höhe der monatlichen Abschlagszahlungen der nach dieser Vereinbarung verpflichteten Krankenkassen auf die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu zahlenden Leistungsanteile und Sachkosten (inklusive auf kassenartenübergreifende oder kassenartenspezifische regionale Vereinbarungen entfallende Honorierungen und Kostenerstattungen) wird auf 30 v. H. des zuletzt abgerechneten Quartals festgelegt,

vermindert um die Dialysesachkosten sowie die bisher außerbudgetär vergüteten schmerztherapeutischen Leistungen des zuletzt abgerechneten Quartals.

- (3) Für Krankenkassen, bei denen die Abforderung den Betrag von 2.000 EURO nicht übersteigt, erfolgt keine Abforderung von Abschlagszahlungen.

Der Inhalt des § 6 wurde unter Vermittlung des Landesschiedsamtes am 12.11.2008 vereinbart.

§ 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 zuviel geleistete Abschlagszahlungen sind den jeweiligen Krankenkassen innerhalb einer Frist von 10 Arbeitstagen zurückzuzahlen.
- (3) Die Restzahlungen sind innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der Abrechnungsunterlagen (Formblatt 3) bei den Krankenkassen von diesen zu begleichen.
- (4) Für die Abrechnung der Leistungen gelten die Formblatt-3-Richtlinien.

Der Inhalt des § 7 wurde unter Vermittlung des Landesschiedsamtes am 12.11.2008 vereinbart.

Teil 4

Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

§ 1

Berechnung der Regelleistungsvolumen

- (1) Für die Berechnung der Regelleistungsvolumen ist die Summe der gemäß Teil 3 § 2 berechneten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen aller Krankenkassen maßgeblich.
- (2) Die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen ermittelt unter Anwendung der in Teil F der Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vorgegebenen Berechnungsgrundlagen und –formeln die arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen.
- (3) Zur Ergänzung und Klarstellung der Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses haben die Vertragspartner folgende Regelungen vereinbart:

1. Beschluss Teil F Punkt 1.1

Der Punktwert für die das Regelleistungsvolumen überschreitenden Leistungen ist maximal der regionale Punktwert gemäß Teil 2 § 1.

2. Beschluss Teil F Punkt 4

Nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen gemäß Punkt 4.2.2 werden als Vorwegabzug in Beschluss Teil F Anlage 2 Punkt 2a und 2b des jeweiligen Versorgungsbereiches aufgenommen.

Die die Kapazitätsgrenzen überschreitenden Leistungen sind Bestandteil des in Anlage 2 Punkt 2a und 2b geregelten 3%-Abzuges für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen. Die Vergütung der die Kapazitätsgrenzen überschreitenden Leistungen erfolgt mit den abgestaffelten Preisen des jeweiligen Versorgungsbereiches.

3. Beschluss Teil F Anlage 1 Punkt 2 und 4

Die Partner der Gesamtverträge vereinbaren eine Modifikation der relevanten Arztgruppen. Die Ermittlung und Festsetzung von Regelleistungsvolumen erfolgt in Thüringen für die relevanten Arztgruppen gemäß **Anlage 4**.

4. Beschluss Teil F Anlage 1 Punkt 5

Die Zuweisung der zusätzlichen Honorarvolumen erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des jeweiligen Honorarvolumens einer Arztpraxis aus der Addition der jeweiligen Honorarvolumina je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind.

Für neu zugelassene Ärzte wird die durchschnittliche Zahl der kurativ-ambulanten Arztfälle des Vorjahresquartals der Arztgruppe herangezogen.

5. Beschluss Teil F Anlage 1 Punkt 6

Die Zuweisung der zusätzlichen Honorarvolumen erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des Honorarvolumens einer Arztpraxis aus der Addition der Honorarvolumen je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind.

Für neu zugelassene Ärzte wird die durchschnittliche Zahl der kurativ-ambulanten Arztfälle des Vorjahresquartals der Arztgruppe herangezogen.

6. Beschluss Teil F Anlage 2 Punkt 1 und 3

Die Ermittlung der EBM₂₀₀₈-Anpassungsfaktoren erfolgen auf der Basis regionaler Daten für Thüringen je Behandlungsfall.

Die KV Thüringen informiert die Vertragspartner über die Ergebnisse der Berechnung der quartalsweisen regionalen EBM₂₀₀₈-Anpassungsfaktoren bis zum 15. des letzten Monats des Quartals.

7. Beschluss Teil F Anlage 2 Punkt 2a 7. Spiegelstrich und 2b 8. Spiegelstrich

- der Vergütungen des Vorjahresquartals unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungsfaktoren gemäß der Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses für folgende Leistungen

8. Beschluss Teil F Anlage 2 Punkt 2a 7. Spiegelstrich und 2b 8. Spiegelstrich, jeweils 2. Unterstrich

- Leistungen im organisierten Notfalldienst und Leistungen im Notfall von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Instituten und Krankenhäusern

9. Beschluss Teil F Anlage 2 Punkt 2a 7. Spiegelstrich und 2b 8. Spiegelstrich

Aufnahme eines neuen Spiegelstriches

- Vergütung kurativ-stationärer Leistungen (mit Ausnahme von Leistungen des Kapitels 36, der GOP's 13311, 17370 und der belegärztlich erbrachten Geburtshilfe gemäß Abschnitt 8.4 EBM)

10. Beschluss Teil F Anlage 2 Punkt 2c

(1) Im Falle eines Versorgungsbereichswechsels eines Arztes, der bislang in einer Einzelpraxis tätig war, erfolgt eine quartalsweise Anpassung der jeweiligen vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen auf der Basis des Honorarbescheides des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes.

(2) Für den Fall eines Versorgungsbereichswechsels eines Arztes, der bislang in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig war, erfolgt im 1. Halbjahr 2009 eine quartalsweise Anpassung der jeweiligen vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen analog Absatz 1 aber auf der Basis des individuellen Honoraranspruchs des wechselnden Arztes. Sollte dieser nicht ermittelbar sein, erfolgt die Anpassung auf der Basis des durchschnittlichen Honoraranspruchs des Vorjahresquartals von Ärzten gleicher Versorgungsstruktur. Sollte die arztbezogene Ermittlung im 1. Halbjahr 2009 bereits möglich sein, erfolgt die Anpassung auf dieser Basis. Im 2. Halbjahr 2009 erfolgt die Anpassung auf der Basis des auf der Grundlage der LANR zu ermittelnden Honoraranspruchs des Vorjahresquartals.

11. Beschluss Teil F Anlage 2 Punkt 6

Die Ermittlung der Parameter f, g, h und i erfolgt grundsätzlich auf der Basis der Daten der Einzelpraxen.

12. Beschluss Teil F Anlage 2 Punkt 7

Abweichend von Teil F Anlage 2 Punkt 7c wird für Ärzte des gleichen Fachgebietes innerhalb von fachungleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen die Zahl der Arztfälle nach der Zahl der abgerechneten arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen dividiert durch die Anzahl der in der Arztpraxis zu berücksichtigenden Ärzte gleichen Fachgebietes bemessen.

Die Höhe des zutreffenden Regelleistungsvolumens für Ärzte des gleichen Fachgebietes wird unter Berücksichtigung eines Aufschlages in Höhe von 10 % berechnet.

§ 2

Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung gemäß Beschlussteil F des Erweiterten Bewertungsausschusses aus seiner 7. und 8. Sitzung Punkt 3.4

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen kann auf Antrag des Vertragsarztes eine über das Regelleistungsvolumen hinausgehende mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vorzunehmende Vergütung im Einzelfall gewähren, wenn besondere Umstände dies rechtfertigen. Diese liegen vor bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund
 - Urlaubs- und krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaften,
 - Urlaubs- und krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis,
 - der Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
 - der Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis und
 - eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat. Hierzu zählt z. B. Krankheit des Arztes.
- (2) Der Antrag ist längstens bis einen Monat nach Bekanntgabe des Honorarbescheides bei der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen zu stellen. Hierbei finden grundsätzlich die in der **Anlage 5** aufgeführten Kriterien Anwendung.
- (3) Die Anpassung erfolgt grundsätzlich für ein Quartal.

§ 3

Regelleistungsvolumen bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform gemäß Beschlussteil F des Erweiterten Bewertungsausschusses aus seiner 7. und 8. Sitzung Punkt 3.5

- (1) Für Ärzte, die im Aufsatzzeitraum noch nicht niedergelassenen waren (Neupraxen), gilt das arztgruppendurchschnittliche Regelleistungsvolumen für das jeweilige Quartal.
- (2) Für den oder die Partner von Berufsausübungsgemeinschaften, welche nach Auflösung der Berufsausübungsgemeinschaft ihren Praxissitz verlegen, wird zur Ermittlung des Regelleistungsvolumens die eigene Arztfallzahl, mindestens die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe zugrunde gelegt.

§ 4

Praxisbesonderheiten gemäß Beschlussteil F des Erweiterten Bewertungsausschusses aus seiner 7. und 8. Sitzung Punkt 3.6

- (1) Die KV Thüringen kann auf Antrag des Arztes Fallwertzuschläge grundsätzlich für ein Quartal jedoch längstens für vier Quartale beschließen, sofern diese durch Praxisbesonderheiten begründet sind. Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 % vorliegt, soweit bei dem Arzt bisher keine Unwirtschaftlichkeit festgestellt wurde.
- (2) In diesen Fällen ist der Fallwert um den den 30 %igen durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe übersteigenden Fallwertanteil anzuheben.

§ 5

Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten gemäß Beschlussteil F des Erweiterten Bewertungsausschusses aus seiner 7. und 8. Sitzung Punkt 3.7

Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis in den Quartalen I/09 bis IV/09 gegenüber dem Vorjahresquartal um mehr als 15 %, kann die KV Thüringen auf Antrag des Arztes eine befristete Ausgleichszahlung an die Arztpraxis bis zu maximal 85 % des Honorars des Vorjahresquartals leisten, sofern die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den so genannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben. Sie wendet hierbei die in der **Anlage 6** genannten Kriterien an.

§ 6

Information durch die KV Thüringen gemäß Beschlussteil F des Erweiterten Bewertungsausschusses aus seiner 7. und 8. Sitzung, Punkt 3.8

Die KV Thüringen informiert die Krankenkassenverbände entsprechend den Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses.

Der Inhalt des § 6 wurde unter Vermittlung des Landesschiedsamtes am 12.11.2008 vereinbart.

§ 7

Bereinigung des Regelleistungsvolumens bei Selektivverträgen

- (1) Gemäß Beschlussteil F Punkt 5 können die Partner der Gesamtverträge die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen kassen- oder kassenartenbezogen durchführen, wenn eine Krankenkasse oder die gesamte Kassenart Verträge gemäß §§ 73b, 73c oder 140a ff. SGB V abgeschlossen hat. Die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen erfolgt dann je Arzt getrennt für die beteiligte Arztgruppe und beteiligte Krankenkasse bzw. Kassenart. Für die übrigen Krankenkassen werden arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumen gemeinsam und einheitlich je Arzt ermittelt und festgesetzt.
- (2) Kommt eine Einigung zwischen den Partnern der Gesamtverträge gemäß Absatz 1 nicht zu Stande, sind im Fall von Verträgen nach Absatz 1 die Regelleistungsvolumen der teilnehmenden Ärzte praxisindividuell um die mit der Zahl der Versicherten und dem jeweiligen Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b Abs. 3 bzw. mit den jeweiligen Versorgungsaufträgen nach § 73c Abs. 3 und § 140a ff. SGB V verbundenen einzelvertraglichen Leistungen zu vermindern.

§ 8

Förderung im organisierten Notfalldienst

- (1) Die Leistungen im organisierten Notfalldienst werden mit einem leistungsbezogenen Zuschlag in Höhe von 0,5 €-Cent gefördert.
- (2) Der für die Vergütung nach Absatz 1 notwendige Honoraranteil wird versorgungsbereichsbezogen von den vorläufigen RLV-Vergütungsvolumina gemäß Beschluss Teil F Anlage 2 Punkt 2a und 2b vorweg abgezogen.

§ 9

Rückstellungen

Da die in den Versorgungsbereichen integrierten Rückstellungen gem. Beschluss Teil G nicht quantifizierbar sind, wird ein Vorwegabzug in Höhe von bis zu 5 % vereinbart. Die Vertragspartner stimmen darin überein, die Auswirkungen dieses Vorwegabzugs quartalsweise zu überprüfen und ggf. anzupassen. Die KV Thüringen teilt den Vertragspartnern die Höhe der Rückstellungen bis zum 15. des letzten Monats im Quartal gemäß **Anlage 7** mit.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 25.11.2008

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK-Landesverband Ost
- Landesrepräsentanz Thüringen -

gez. IKK Thüringen

gez. Krankenkasse für Gartenbau, handelnd für
die Landwirtschaftliche Krankenversicherung

gez. Knappschaft, Verwaltungsstelle Frankfurt/Main

gez. Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.,
Der Leiter der Landesvertretung Thüringen

**Protokollnotiz zur
Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung
in Thüringen für das Jahr 2009**

Die Knappschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung werden auf Basis des § 82 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 83 Satz 1 sowie § 87a Abs.3 SGB V für die Zeit ab dem 1. Januar 2009 den bestehenden Gesamtvertrag KBV/Knappschaft einschließlich Anlagen weiterentwickeln. Soweit darin Regelungen enthalten sind, die von den Regelungen in dem vorliegenden Vertrag abweichen, sind sich die KV Thüringen und die Knappschaft einig, dass die Regelungen des Gesamtvertrages KBV/Knappschaft einschließlich der Anlagen Vorrang haben.

Anlage 1a Berechnung und Festlegung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs je Versicherten

Krankenkasse:

VKNR:

1. Ermittlung der Leistungsmenge

Basis für die Berechnungen des Behandlungsbedarfes ist die je Krankenkasse für die nach dem Wohnortprinzip für den Bezirk der KV Thüringen zuzuordnenden Versicherten zuzüglich der nach § 264 Abs. 2 bis 6 SGB V berechnete Personenkreis erbrachte und sachlich-rechnerisch anerkannte Menge vertragsärztlicher Leistungen aus dem Jahr 2007. Berechnungsgrundlage sind die Daten gemäß Satzart ARZTRG87c4, Version 2.0 ergänzt um die bisher nicht berücksichtigten Dialysesachkosten des Kapitels 40 EBM der ersten drei Quartale 2007 gemäß der Datenschnittstellenbeschreibung der Satzart ARZTRG87c4. Einzubeziehen sind alle Punktzahlleistungen des EBM und die in Euro vergüteten Leistungen und Kosten.

Die auf folgende Leistungen entfallenden Leistungsmengen werden um die Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss Teil A Punkt 2.4 angepasst:

1. Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß Kap. 30.7.1 EBM	1,3223
2. Akupunktur gem. Kapitel 30.7.3 EBM	1,1733
3. Polysomnographie gem. GOP 30901 EBM	1,2063
4. MRT-Angiographie gem. Kapitel 34.4.7 EBM	1,1706
5. Antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie gem. Abschnitt 35.2 EBM	1,2944
6. Notfall	1,1018
7. Laborgrundpauschale (GOP 12220)	0,6407

Die in EURO vergüteten Kostenpauschalen aus Kapitel 32 und 40 EBM werden mit dem regionalen Punktwert gemäß Teil 2 § 1 in Punkte umgerechnet.

Nicht einzubeziehen sind alle Leistungen gemäß Beschluss Teil B 1.3.

Quartal	LB Pkt vor HVV	LB € vor HVV	Gesamt vor HVV
20071	3.000.000,0	250.000,0	3.250.000,0
20072	3.000.000,0	250.000,0	3.250.000,0
20073	3.000.000,0	250.000,0	3.250.000,0
20074	3.000.000,0	250.000,0	3.250.000,0
Gesamt	12.000.000,0	1.000.000,0	13.000.000,0

Die so bestimmte Leistungsmenge wird mit der HVV-Quote der neuen Bundesländer **0,9517** multipliziert.

Ges. vor HVV	12.000.000,0	1.000.000,0	13.000.000,0
HVV Quote	95,17%	95,17%	95,17%
LB nach HVV	11.420.400,0	951.700,0	12.372.100,0

2. Auswirkungen von Punktzahländerungen im EBM

Die unter 1. bestimmte Leistungsmenge wird mit der EBM-2008-Quote nach Beschlussteil A Punkt 3 mit dem Faktor **1,0970** multipliziert.

LB nach HVV	11.420.400,0	951.700,0	12.372.100,0
EBM-Quote	9,70%	9,70%	9,70%
LB nach EBM	12.528.178,8	1.044.014,9	13.572.193,7

3. Ermittlung des Behandlungsbedarfs je Versicherten

Der gemäß 2. ermittelte Behandlungsbedarf wird durch die Anzahl der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2007 auf der Grundlage der Satzart ANZVER87c4 zuzüglich des nach § 264 Abs. 2 bis 6 SGB V berechtigten Personenkreises mit Wohnort im Bezirk der KV Thüringen gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 154. Sitzung dividiert, um den für das Jahr 2009 zu Grunde zu legenden Behandlungsbedarf je Versicherten zu ermitteln.

LB nach EBM	12.528.178,8	1.044.014,9	13.572.193,7
Versicherte	1.400	1.400	1.400
LB/Vers.	8.948,7	745,7	9.694,4

4. Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge 2009

Die voraussichtlich erbrachte Leistungsmenge je Versicherten ist um die Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge von **5,1 %** anzupassen.

LB/Vers.	8.948,7	745,7	9.694,4
Morbi-Veränd.	5,10%	5,10%	5,10%
BB/Vers.	9.405,1	783,8	10.188,8

Anlage 1b Berechnung und Festlegung der kassenspezifischen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal

Lfd. Nr.	Schritt	Hinweise/Anmerkungen
1	Division des Behandlungsbedarfes je Versicherten aus Anlage 1a durch 4	Verteilung des Behandlungsbedarfes je Versicherten gleichmäßig auf die Quartale
2	Multiplikation Ergebnis Lfd. Nr. 1 mit der aktuell vorliegenden Versichertenzahl je Quartal 2009	Beschluss Teil B Punkt 5 „aktuelle Zahl der Versicherten je Krankenkasse“
3	Multiplikation Ergebnis Lfd. Nr. 2 mit vereinbarten Punktwert gemäß Teil 2 § 1	= morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Quartal

Krankenkasse

VKNR:

1	BB 2009 je Versicherten	/	4	=	BB 2009 je Vers. je Quartal
2	BB 2009 je Vers. je Quartal	x	Versicherte	=	BB je Quartal
3	BB je Quartal	x	regionaler Punktwert 3,5001 €-Cent	=	MGV je Quartal

Anlage 2 Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- (1) Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden gemäß dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in der 7. Sitzung am 27./28. August 2008 nicht in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung 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 in Teil 2 § 1 vereinbarten Punktwert vergütet.

Belegärztliche Leistungen	Kapitel 36 EBM sowie GOP 13311, 17370 und GOP 08410 bis 08416 bei belegärztlicher Erbringung
Ambulante Operationen	Kapitel 31 EBM sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13431
Prävention	Abschnitte 1.7.1, 1.7.2, 1.7.3 sowie 1.7.4 EBM
Durchführung von Vakuumstanzbiopsien	GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855
Strahlentherapie	Kapitel 25 EBM und GOP 40840 und 40841
Phototherapeutische Keratektomie	GOP 31362, 31734, 31735 und 40680
Künstliche Befruchtung	Abschnitt 8.5 EBM sowie GOP 01510, 01511, 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 11311, 11312, 11320, 11321, 11322, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32660, 32781, 33043, 33044, 33090, 36272, 36503 und 36822 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.
Substitutionsbehandlung	GOP 01950 bis 01952

- (2) Abweichend von Absatz 1 verständigen sich die Vertragspartner aufgrund der Punktzahlerhöhung gemäß Beschlussteil H Punkt 1 für die Leistungen des Mammographie-Screenings gemäß Abschnitt 1.7.3 EBM eine Anpassung des Punktwertes der gesonderten Vergütungsvereinbarung ab dem 01.01.2009 vorzunehmen, um die bisherige Vergütungshöhe und -systematik beizubehalten.

Anlage 3 Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen

	Abr.-Nr.	Pauschale
Sachkosten Cergem (zur Behandlung bei Nichtschwangeren)	99250	51,54€
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	1022,58 €
Sachkosten für suprapubische Katheter	99920	22,00 €
Sachkosten für doppellumige Ovarial-Biopsienadeln	99921	55,10 €
Wegepauschalen		
Entfernungsradius bis 2 km am Tage	97234	3,52 €
Entfernungsradius über 2 bis 5 km am Tage	97235	6,93 €
Entfernungsradius über 5 bis 10 km am Tage	97236	10,12 €
Entfernungsradius über 10 km am Tage	99034	13,64 €
Entfernungsradius bis 2 km in der Nacht	97237	6,93 €
Entfernungsradius über 2 bis 5 km in der Nacht	97238	10,78 €
Entfernungsradius über 5 bis 10 km in der Nacht	97239	14,52 €
Entfernungsradius über 10 km in der Nacht	99037	21,45 €
amb. OP über 10 km am Tag	97160	11,77 €
amb. OP über 10 km in der Nacht	97161	16,28 €

Anlage 3 a **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 Impfungen – gemäß Anlage 3 Gesamtvertrag

Impfungen	Dokumentationsnummer/Abr.-Nummer			Ver- gütung
	erste Dosen eines Impf- zyklus, bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impf- zyklus nach Fachinfor- mation	Auf- frischungs- impfung	
1-fach-Impfungen				
Diphtherie (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89100 A	89100 B	89100 R	5,60 €
Diphtherie Sonstige Indikationen	89101 A	89101 B	89101 R	
Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME)	89102 A	89102 B	89102 R	5,60 €
Haemophilus influenzae Typ b (Standardimpfung) Säuglinge und Kleinkinder	89103 A	89103 B		5,60 €
Haemophilus influenzae Typ b Sonstige Indikationen	89104 A	89104 B		
Hepatitis A	89105 A	89105 B	89105 R	5,60 €
Hepatitis B (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89106 A	89106 B		5,60 €
Hepatitis B Sonstige Indikationen	89107 A	89107 B	89107 R	
Hepatitis B Dialysepatienten	89108 A	89108 B	89108 R	
Humane Papillomaviren (HPV) Mädchen und weibliche Jugendliche 12-17 Jahre*	89110 A	89110 B		5,60 €
Influenza (Standardimpfung) Personen über 60 Jahre	89111			5,60 €
Influenza Sonstige Indikationen	89112			
Masern (Erwachsene)	89113			5,60 €
Meningokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung) Kinder	89114			5,60 €
Meningokokken Sonstige Indikationen	89115 A	89115 B	89115R**	
Pertussis (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89116 A	89116 B	89116 R	5,60 €
Pertussis Sonstige Indikationen	89117 A	89117 B		
Pneumokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung) Kinder bis 24 Monate	89118 A	89118 B		5,60 €
Pneumokokken Polysaccharidimpfstoff (Standardimpfung) Personen über 60 Jahre	89119			
Pneumokokken Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge angeborener oder erworbener Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion oder infolge einer chronischen Krankheit	89120		89120 R	
Poliomyelitis (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89121 A	89121 B	89121 R	5,60 €
Poliomyelitis Sonstige Indikationen	89122 A	89122 B	89122R**	
Röteln (Erwachsene)	89123			5,60 €
Tetanus	89124 A	89124 B	89124 R	5,60 €
Varizellen (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89125 A	89125 B		5,60 €
Varizellen Sonstige Indikationen	89126 A	89126 B		

Impfungen	Dokumentationsnummer/Abr.-Nummer			Ver- gütung
	erste Dosen eines Impf- zyklus, bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impf- zyklus nach Fachinfor- mation	Auf- frischungs- impfung	
2-fach-Impfungen				
Diphtherie, Tetanus (DT)	89200 A	89200 B		8,40 €
Diphtherie, Tetanus (Td)	89201 A	89201 B	89201 R	8,40 €
Hepatitis A und Hepatitis B (HA – HB) Nur bei Vorliegen der Indikationen für eine Hepatitis A <u>und</u> eine Hepatitis B Impfung	89202 A	89202 B		8,40 €
Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B	89203 A	89203 B		8,40 €
3-fach-Impfungen				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (DTaP)	89300 A	89300 B		9,00 €
Masern, Mumps, Röteln (MMR)	89301 A	89301 B		11,60 €
Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV)	89302		89302 R***	9,00 €
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap)	89303		89303 R***	9,00 €
4-fach-Impfungen				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapIPV)	89400		89400 R***	9,80 €
Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV)	89401 A	89401 B		11,60 €
5-fach-Impfung				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DTaPIPv-Hib)	89500A	89500 B		10,80 €
6-fach-Impfung				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B	89600 A	89600 B		16,80 €

* bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (letzter Tag vor dem 18. Geburtstag)

** keine routinemäßige Auffrischung

*** Anmerkungen zur Pertussis-Impfung in der Anlage 1 SiR beachten

2.2 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung – gemäß Anlage 12 / 12 a Gesamtvertrag

	Abr.-Nr.	Vergütung
Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der sozialpsychiatrischen Behandlung	88895	163,61 €

2.3 Onkologie-Vereinbarung – gemäß Anlage 4 Gesamtvertrag

	Abr.-Nr.	Vergütung
1. Quartal 2009*		
Behandlung florider Tumorleiden oder maligner Hämoblastose	86500	23,01 €
Parenterale Polychemotherapie (verwendetes Arzneimittel ist anzugeben)	86501	76,69 €

* Ab 2. Quartal 2009 sind vertragliche Regelungen noch zu treffen.

2.4 Hautscreening für Versicherte ab vollendetem 14. Lebensjahr bis zum Alter von 34 Jahren (gemäß Modellvorhaben nach § 63 ff. SGB V)

	Abr.-Nr.	Vergütung
Dermatologische Leistung, Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	99190	26,00 €
Exzisionen am Körperstamm und Extremitäten	99190 A	15,00 €
Exzisionen am Kopf, Gesicht oder Händen	99190 B	26,00 €
Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials analog GOP 19310 EBM	99190 P	9,00 €
Zuschlag zur Abr.-Nr. 99190 P für histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung von Sonderverfahren, analog GOP 19312 EBM	99190 Q	6,00 €
Kostenpauschale für histologisches Versandmaterial	99190 H	2,60 €

2.5 Information über Sekundär- und Tertiärprävention gemäß Vertrag

	Abr.-Nr.	Vergütung
Ärztliche Information und Befürwortung des sekundär- und tertiärpräventiven Angebotes	99008	4,50 €

Anlage 3 b Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

BKK-Landesverband Ost, Landesrepräsentanz Thüringen

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.

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 Impfungen – gemäß Anlage 3 Gesamtvertrag

Impfungen	Dokumentationsnummer/Abr.-Nummer			Ver- gütung
	erste Dosen eines Impf- zyklus, bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impf- zyklus nach Fachinfor- mation	Auf- frischungs- impfung	
1-fach-Impfungen				
Diphtherie (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89100 A	89100 B	89100 R	5,60 €
Diphtherie Sonstige Indikationen	89101 A	89101 B	89101 R	
Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME)	89102 A	89102 B	89102 R	5,60 €
Haemophilus influenzae Typ b (Standardimpfung) Säuglinge und Kleinkinder	89103 A	89103 B		5,60 €
Haemophilus influenzae Typ b Sonstige Indikationen	89104 A	89104 B		
Hepatitis A	89105 A	89105 B	89105 R	5,60 €
Hepatitis B (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89106 A	89106 B		5,60 €
Hepatitis B Sonstige Indikationen	89107 A	89107 B	89107 R	
Hepatitis B Dialysepatienten	89108 A	89108 B	89108 R	
Humane Papillomaviren (HPV) Mädchen und weibliche Jugendliche 12-17 Jahre*	89110 A	89110 B		5,60 €
Influenza (Standardimpfung) Personen über 60 Jahre	89111			5,60 €
Influenza Sonstige Indikationen	89112			
Masern (Erwachsene)	89113			5,60 €
Meningokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung) Kinder	89114			5,60 €
Meningokokken Sonstige Indikationen	89115 A	89115 B	89115R**	
Pertussis (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89116 A	89116 B	89116 R	5,60 €
Pertussis Sonstige Indikationen	89117 A	89117 B		

Impfungen	Dokumentationsnummer/Abr.-Nummer			Ver- gütung
	erste Dosen eines Impf- zyklus, bzw. Unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impf- zyklus nach Fachinfor- mation	Auf- frischungs- impfung	
Pneumokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung) Kinder bis 24 Monate	89118 A	89118 B		5,60 €
Pneumokokken Polysaccharidimpfstoff (Standardimpfung) Personen über 60 Jahre	89119			
Pneumokokken Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge angeborener oder erworbener Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion oder infolge einer chronischen Krankheit	89120		89120 R	
Poliomyelitis (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89121 A	89121 B	89121 R	5,60 €
Poliomyelitis Sonstige Indikationen	89122 A	89122 B	89122R**	
Röteln (Erwachsene)	89123			5,60 €
Tetanus	89124 A	89124 B	89124 R	5,60 €
Varizellen (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89125 A	89125 B		5,60 €
Varizellen Sonstige Indikationen	89126 A	89126 B		
2-fach-Impfungen				
Diphtherie, Tetanus (DT)	89200 A	89200 B		8,40 €
Diphtherie, Tetanus (Td)	89201 A	89201 B	89201 R	8,40 €
Hepatitis A und Hepatitis B (HA – HB) Nur bei Vorliegen der Indikationen für eine Hepatitis A <u>und</u> eine Hepatitis B Impfung	89202 A	89202 B		8,40 €
Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B	89203 A	89203 B		8,40 €
3-fach-Impfungen				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (DTaP)	89300 A	89300 B		9,00 €
Masern, Mumps, Röteln (MMR)	89301 A	89301 B		11,60 €
Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV)	89302		89302 R***	9,00 €
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap)	89303		89303 R***	9,00 €
4-fach-Impfungen				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapIPV)	89400		89400 R***	9,80 €
Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV)	89401 A	89401 B		11,60 €
5-fach-Impfung				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DTaPIPV-Hib)	89500A	89500 B		10,80 €
6-fach-Impfung				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B	89600 A	89600 B		16,80 €

* bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (letzter Tag vor dem 18. Geburtstag)

** keine routinemäßige Auffrischung

*** Anmerkungen zur Pertussis-Impfung in der Anlage 1 SiR beachten

2.2 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung – gemäß Anlage 12 / 12b Gesamtvertrag

	Abr.-Nr.	Vergütung
Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der sozialpsychiatrischen Behandlung	88895	163,61 €

2.3 Onkologie-Vereinbarung – gemäß Anlage 4 Gesamtvertrag

	Abr.-Nr.	Vergütung
1. Quartal 2009*		
Behandlung florider Tumorleiden oder maligner Hämoblastose	86500	23,01 €
Parenterale Polychemotherapie (verwendetes Arzneimittel ist anzugeben)	86501	76,69 €

* Ab 2. Quartal 2009 sind vertragliche Regelungen noch zu treffen.

Anlage 3 c Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

IKK Thüringen

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

1.1 Arztanfragen

	Abr.-Nr.	Vergütung
Arbeitsunfähigkeit bei Arbeitslosigkeit	99522	7,50 €

1.2 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen IKK 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 Impfungen – gemäß Anlage 3 Gesamtvertrag

Impfungen	Dokumentationsnummer/Abr.-Nummer			Ver- gütung
	erste Dosen eines Impf- zyklus, bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impf- zyklus nach Fachinfor- mation	Auf- frischungs- impfung	
1-fach-Impfungen				
Diphtherie (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89100 A	89100 B	89100 R	5,75 €
Diphtherie Sonstige Indikationen	89101 A	89101 B	89101 R	
Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME)	89102 A	89102 B	89102 R	5,75 €
Haemophilus influenzae Typ b (Standardimpfung) Säuglinge und Kleinkinder	89103 A	89103 B		5,75 €
Haemophilus influenzae Typ b Sonstige Indikationen	89104 A	89104 B		
Hepatitis A	89105 A	89105 B	89105 R	5,75 €
Hepatitis B (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89106 A	89106 B		5,75 €
Hepatitis B Sonstige Indikationen	89107 A	89107 B	89107 R	
Hepatitis B Dialysepatienten	89108 A	89108 B	89108 R	
Humane Papillomaviren (HPV) Mädchen und weibliche Jugendliche 12-17 Jahre*	89110 A	89110 B		5,75 €
Influenza (Standardimpfung) Personen über 60 Jahre	89111			5,75 €
Influenza Sonstige Indikationen	89112			

Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen
mit Wirkung für das Jahr 2009

Impfungen	Dokumentationsnummer/Abr.-Nummer			Ver- gütung
	erste Dosen eines Impf- zyklus, bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impf- zyklus nach Fachinfor- mation	Auf- frischungs- impfung	
Masern (Erwachsene)	89113			5,75 €
Meningokokken Konjugatimpfstoff (Standard- impfung) Kinder	89114			5,75 €
Meningokokken Sonstige Indikationen	89115 A	89115 B	89115R**	
Pertussis (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89116 A	89116 B	89116 R	5,75 €
Pertussis Sonstige Indikationen	89117 A	89117 B		
Pneumokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung) Kinder bis 24 Monate	89118 A	89118 B		5,75 €
Pneumokokken Polysaccharidimpfstoff (Standard- impfung) Personen über 60 Jahre	89119			
Pneumokokken Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge angeborener oder erworbener Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion oder infolge einer chronischen Krankheit	89120		89120 R	
Poliomyelitis (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89121 A	89121 B	89121 R 89122R**	5,75 €
Poliomyelitis Sonstige Indikationen	89122 A	89122 B		
Röteln (Erwachsene)	89123			5,75 €
Tetanus	89124 A	89124 B	89124 R	5,75 €
Varizellen (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89125 A	89125 B		5,75 €
Varizellen Sonstige Indikationen	89126 A	89126 B		
2-fach-Impfungen				
Diphtherie, Tetanus (DT)	89200 A	89200 B		8,60 €
Diphtherie, Tetanus (Td)	89201 A	89201 B	89201 R	8,60 €
Hepatitis A und Hepatitis B (HA – HB) Nur bei Vorliegen der Indikationen für eine Hepatitis A <u>und</u> eine Hepatitis B Impfung	89202 A	89202 B		8,60 €
Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B	89203 A	89203 B		8,60 €
3-fach-Impfungen				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (DTaP)	89300 A	89300 B		9,20 €
Masern, Mumps, Röteln (MMR)	89301 A	89301 B		11,80 €
Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV)	89302		89302 R***	9,20 €
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap)	89303		89303 R***	9,20 €
4-fach-Impfungen				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapIPV)	89400		89400 R***	9,80 €
Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV)	89401 A	89401 B		11,80 €
5-fach-Impfung				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DTaPIPv-Hib)	89500A	89500 B		10,80 €

* bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (letzter Tag vor dem 18. Geburtstag)

** keine routinemäßige Auffrischung

*** Anmerkungen zur Pertussis-Impfung in der Anlage 1 SiR beachten

Impfungen	Dokumentationsnummer/Abr.-Nummer			Ver- gütung
	erste Dosen eines Impf- zyklus, bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impf- zyklus nach Fachinfor- mation	Auf- frischungs- impfung	
6-fach-Impfung				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B	89600 A	89600 B		16,80 €

2.2 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung – gemäß Anlage 12 / 12c Gesamtvertrag

	Abr.-Nr.	Vergütung
Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der sozialpsychiatrischen Behandlung	88895	163,61 €

2.3 Onkologie-Vereinbarung - gemäß Anlage 4 Gesamtvertrag

1. Quartal 2009*	Abr.-Nr.	Vergütung
Behandlung florider Tumorleiden oder maligner Hämoblastose	86500	23,01 €
Parenterale Polychemotherapie (verwendetes Arzneimittel ist anzugeben)	86501	76,69 €

* Ab 2. Quartal 2009 sind vertragliche Regelungen noch zu treffen.

2.4 Schulung von Diabetikern außerhalb des DMP

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

Anlage 3 d Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

VdAK, 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.

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 Impfungen – gemäß Anlage 4 Gesamtvertrag

Impfungen	Dokumentationsnummer/Abr.-Nummer			Ver- gütung
	erste Dosen eines Impf- zyklus, bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impf- zyklus nach Fachinfor- mation	Auf- frischungs- impfung	
1-fach-Impfungen				
Diphtherie (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89100 A	89100 B	89100 R	5,60 €
Diphtherie Sonstige Indikationen	89101 A	89101 B	89101 R	
Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME)	89102 A	89102 B	89102 R	5,60 €
Haemophilus influenzae Typ b (Standardimpfung) Säuglinge und Kleinkinder	89103 A	89103 B		5,60 €
Haemophilus influenzae Typ b Sonstige Indikationen	89104 A	89104 B		
Hepatitis A	89105 A	89105 B	89105 R	5,60 €
Hepatitis B (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89106 A	89106 B		5,60 €
Hepatitis B Sonstige Indikationen	89107 A	89107 B	89107 R	
Hepatitis B Dialysepatienten	89108 A	89108 B	89108 R	
Humane Papillomaviren (HPV) Mädchen und weibliche Jugendliche 12-17 Jahre*	89110 A	89110 B		5,60 €
Influenza (Standardimpfung) Personen über 60 Jahre	89111			5,60 €
Influenza Sonstige Indikationen	89112			
Masern (Erwachsene)	89113			5,60 €
Meningokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung) Kinder	89114			5,60 €
Meningokokken Sonstige Indikationen	89115 A	89115 B	89115R**	
Pertussis (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89116 A	89116 B	89116 R	5,60 €
Pertussis Sonstige Indikationen	89117 A	89117 B		

Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen
mit Wirkung für das Jahr 2009

Impfungen	Dokumentationsnummer/Abr.-Nummer			Ver- gütung
	erste Dosen eines Impf- zyklus, bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impf- zyklus nach Fachinfor- mation	Auf- frischungs- impfung	
Pneumokokken Konjugatimpfstoff (Standard- impfung) Kinder bis 24 Monate Pneumokokken Polysaccharidimpfstoff (Standard- impfung) Personen über 60 Jahre Pneumokokken Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge angeborener oder erworbener Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion oder infolge einer chronischen Krankheit	89118 A 89119 89120	89118 B	89120 R	5,60 €
Poliomyelitis (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre* Poliomyelitis Sonstige Indikationen	89121 A 89122 A	89121 B 89122 B	89121 R 89122R**	5,60 €
Röteln (Erwachsene)	89123			5,60 €
Tetanus	89124 A	89124 B	89124 R	5,60 €
Varizellen (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre* Varizellen Sonstige Indikationen	89125 A 89126 A	89125 B 89126 B		5,60 €
2-fach-Impfungen				
Diphtherie, Tetanus (DT)	89200 A	89200 B		8,40 €
Diphtherie, Tetanus (Td)	89201 A	89201 B	89201 R	8,40 €
Hepatitis A und Hepatitis B (HA – HB) Nur bei Vorliegen der Indikationen für eine Hepatitis A und eine Hepatitis B Impfung	89202 A	89202 B		8,40 €
Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B	89203 A	89203 B		8,40 €
3-fach-Impfungen				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (DTaP)	89300 A	89300 B		9,00 €
Masern, Mumps, Röteln (MMR)	89301 A	89301 B		11,60 €
Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV)	89302		89302 R***	9,00 €
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap)	89303		89303 R***	9,00 €
4-fach-Impfungen				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapIPV)	89400		89400 R***	9,80 €
Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV)	89401 A	89401 B		11,60 €
5-fach-Impfung				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DTaPIPV-Hib)	89500A	89500 B		10,80 €
6-fach-Impfung				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B	89600 A	89600 B		16,80 €

* bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (letzter Tag vor dem 18. Geburtstag)

** keine routinemäßige Auffrischung

*** Anmerkungen zur Pertussis-Impfung in der Anlage 1 SiR beachten

2.2 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung – gemäß Anlage zum Gesamtvertrag

	Abr.-Nr.	Vergütung
Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der sozialpsychiatrischen Behandlung	88895	163,61 €

2.3 Onkologie-Vereinbarung – gemäß Anlage zum Gesamtvertrag

	Abr.-Nr.	Vergütung
1. Quartal 2009*		
Onkologische Behandlung einer Hämoblastose	86502	51,13 €
Onkologische Behandlung solider Tumoren	86503	25,56 €
Spezifische intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie (verwendetes Arzneimittel angeben)	86504	25,56 €
Intravasale zytostatische Chemotherapie (verwendetes Arzneimittel angeben)	86505	255,65 €

* Ab 2. Quartal 2009 sind vertragliche Regelungen noch zu treffen.

Anlage 3 e

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.

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 Impfungen gemäß Vereinbarung

Impfungen	Dokumentationsnummer/Abr.-Nummer			Ver- gütung
	erste Dosen eines Impf- zyklus, bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impf- zyklus nach Fachinfor- mation	Auf- frischungs- impfung	
1-fach-Impfungen				
Diphtherie (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89100 A	89100 B	89100 R	6,20 €
Diphtherie Sonstige Indikationen	89101 A	89101 B	89101 R	
Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME)	89102 A	89102 B	89102 R	6,20 €
Haemophilus influenzae Typ b (Standardimpfung) Säuglinge und Kleinkinder	89103 A	89103 B		6,20 €
Haemophilus influenzae Typ b Sonstige Indikationen	89104 A	89104 B		
Hepatitis A	89105 A	89105 B	89105 R	6,20 €
Hepatitis B (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89106 A	89106 B		6,20 €
Hepatitis B Sonstige Indikationen	89107 A	89107 B	89107 R	
Hepatitis B Dialysepatienten	89108 A	89108 B	89108 R	
Humane Papillomaviren (HPV) Mädchen und weibliche Jugendliche 12-17 Jahre*	89110 A	89110 B		6,20 €
Influenza (Standardimpfung) Personen über 60 Jahre	89111			6,20 €
Influenza Sonstige Indikationen	89112			
Masern (Erwachsene)	89113			6,20 €
Meningokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung) Kinder	89114			6,20 €
Meningokokken Sonstige Indikationen	89115 A	89115 B	89115R**	
Pertussis (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89116 A	89116 B	89116 R	6,20 €
Pertussis Sonstige Indikationen	89117 A	89117 B		

Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen
mit Wirkung für das Jahr 2009

Impfungen	Dokumentationsnummer/Abr.-Nummer			Ver- gütung
	erste Dosen eines Impf- zyklus, bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impf- zyklus nach Fachinfor- mation	Auf- frischungs- impfung	
Pneumokokken Konjugatimpfstoff (Standard- impfung) Kinder bis 24 Monate	89118 A	89118		6,20 €
Pneumokokken Polysaccharidimpfstoff (Standard- impfung) Personen über 60 Jahre	89119			
Pneumokokken Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge angeborener oder erworbener Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion oder infolge einer chronischen Krankheit	89120		89120 R	
Poliomyelitis (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89121 A	89121 B	89121 R	6,20 €
Poliomyelitis Sonstige Indikationen	89122 A	89122 B	89122R**	
Röteln (Erwachsene)	89123			6,20 €
Tetanus	89124 A	89124 B	89124 R	6,20 €
Varizellen (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89125 A	89125 B		5,75 €
Varizellen Sonstige Indikationen	89126 A	89126 B		
2-fach-Impfungen				
Diphtherie, Tetanus (DT)	89200 A	89200 B		9,20 €
Diphtherie, Tetanus (Td)	89201 A	89201 B	89201 R	9,20 €
Hepatitis A und Hepatitis B (HA – HB) Nur bei Vorlie- gen der Indikationen für eine Hepatitis A und eine Hepatitis B Impfung	89202 A	89202 B		9,20 €
Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B	89203 A	89203 B		9,20 €
3-fach-Impfungen				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (DTaP)	89300 A	89300 B		9,90 €
Masern, Mumps, Röteln (MMR)	89301 A	89301 B		12,30 €
Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV)	89302		89302 R***	9,90 €
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap)	89303		89303 R***	9,90 €
4-fach-Impfungen				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapIPV)	89400		89400 R***	10,40 €
Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV)	89401 A	89401 B		12,30 €
5-fach-Impfung				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DTaPIPV-Hib)	89500A	89500 B		11,80 €
6-fach-Impfung				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B	89600 A	89600 B		18,40 €

* bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (letzter Tag vor dem 18. Geburtstag)

** keine routinemäßige Auffrischung

*** Anmerkungen zur Pertussis-Impfung in der Anlage 1 SiR beachten

2.2 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung – gemäß Vereinbarung

	Abr.-Nr.	Vergütung
Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der sozialpsychiatrischen Behandlung	88895	163,61 €

2.3 Onkologie-Vereinbarung – gemäß Vereinbarung

	Abr.-Nr.	Vergütung
1. Quartal 2009*		
Onkologische Behandlung einer Hämoblastose	86502	51,13 €
Onkologische Behandlung solider Tumoren	86503	25,56 €
Spezifische intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie (verwendetes Arzneimittel angeben)	86504	25,56 €
Intravasale zytostatische Chemotherapie (verwendetes Arzneimittel angeben)	86505	255,65 €

* Ab 2. Quartal 2009 sind vertragliche Regelungen noch zu treffen.

Anlage 3 f

Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd für landw. Krankenversicherung

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der Krankenkasse für den Gartenbau abzurechnen.

2. Leistungen, die in anderen Verträgen/Vereinbarungen mit der AOK PLUS geregelt sind und die die Krankenkasse für den Gartenbau gegen sich lässt:

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 Impfungen

Impfungen	Dokumentationsnummer/Abr.-Nummer			Ver- gütung
	erste Dosen eines Impf- zyklus, bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impf- zyklus nach Fachinfor- mation	Auf- frischungs- impfung	
1-fach-Impfungen				
Diphtherie (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89100 A	89100 B	89100 R	5,60 €
Diphtherie Sonstige Indikationen	89101 A	89101 B	89101 R	
Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME)	89102 A	89102 B	89102 R	5,60 €
Haemophilus influenzae Typ b (Standardimpfung) Säuglinge und Kleinkinder	89103 A	89103 B		5,60 €
Haemophilus influenzae Typ b Sonstige Indikationen	89104 A	89104 B		
Hepatitis A	89105 A	89105 B	89105 R	5,60 €
Hepatitis B (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89106 A	89106 B		5,60 €
Hepatitis B Sonstige Indikationen	89107 A	89107 B	89107 R	
Hepatitis B Dialysepatienten	89108 A	89108 B	89108 R	
Humane Papillomaviren (HPV) Mädchen und weibliche Jugendliche 12-17 Jahre*	89110 A	89110 B		5,60 €
Influenza (Standardimpfung) Personen über 60 Jahre	89111			5,60 €
Influenza Sonstige Indikationen	89112			
Masern (Erwachsene)	89113			5,60 €
Meningokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung) Kinder	89114			5,60 €
Meningokokken Sonstige Indikationen	89115 A	89115 B	89115R**	
Pertussis (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89116 A	89116 B	89116 R	5,60 €
Pertussis Sonstige Indikationen	89117 A	89117 B		

Impfungen	Dokumentationsnummer/Abr.-Nummer			Ver- gütung
	erste Dosen eines Impf- zyklus, bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impf- zyklus nach Fachinfor- mation	Auf- frischungs- impfung	
Pneumokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung) Kinder bis 24 Monate Pneumokokken Polysaccharidimpfstoff (Standardimpfung) Personen über 60 Jahre Pneumokokken Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge angeborener oder erworbener Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion oder infolge einer chronischen Krankheit	89118 A 89119 89120	89118 B	89120 R	5,60 €
Poliomyelitis (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre* Poliomyelitis Sonstige Indikationen	89121 A 89122 A	89121 B 89122 B	89121 R 89122R**	5,60 €
Röteln (Erwachsene)	89123			5,60 €
Tetanus	89124 A	89124 B	89124 R	5,60 €
Varizellen (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre* Varizellen Sonstige Indikationen	89125 A 89126 A	89125 B 89126 B		5,60 €
2-fach-Impfungen				
Diphtherie, Tetanus (DT)	89200 A	89200 B		8,40 €
Diphtherie, Tetanus (Td)	89201 A	89201 B	89201 R	8,40 €
Hepatitis A und Hepatitis B (HA – HB) Nur bei Vorliegen der Indikationen für eine Hepatitis A und eine Hepatitis B Impfung	89202 A	89202 B		8,40 €
Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B	89203 A	89203 B		8,40 €
3-fach-Impfungen				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (DTaP)	89300 A	89300 B		9,00 €
Masern, Mumps, Röteln (MMR)	89301 A	89301 B		11,60 €
Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV)	89302		89302 R***	9,00 €
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap)	89303		89303 R***	9,00 €
4-fach-Impfungen				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapIPV)	89400		89400 R***	9,80 €
Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV)	89401 A	89401 B		11,60 €
5-fach-Impfung				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DTaPIPV-Hib)	89500A	89500 B		10,80 €
6-fach-Impfung				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B	89600 A	89600 B		16,80 €

* bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (letzter Tag vor dem 18. Geburtstag)

** keine routinemäßige Auffrischung

*** Anmerkungen zur Pertussis-Impfung in der Anlage 1 SiR beachten

2.2 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

	Abr.-Nr.	Vergütung
Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der sozialpsychiatrischen Behandlung	88895	163,61 €

2.3. Onkologie-Vereinbarung

	Abr.-Nr.	Vergütung
1. Quartal 2009*		
Behandlung florider Tumorleiden oder maligner Hämoblastose	86500	23,01 €
Parenterale Polychemotherapie (verwendetes Arzneimittel ist anzugeben)	86501	76,69 €

*** Ab 2. Quartal 2009 sind vertragliche Regelungen noch zu treffen.**

Anlage 4 Für Regelleistungsvolumen relevante Arztgruppen

- 1) Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte,
- 2) Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
- 3) Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- 4) Fachärzte für Anästhesiologie
- 5) Fachärzte für Augenheilkunde
- 6) Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie
- 7) Fachärzte für Frauenheilkunde
- 8) Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
- 9) Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 10) Fachärzte für Humangenetik
- 11) Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
- 12) Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie zu erkennen an der Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13300 – 13311
- 13) Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie, zu erkennen an der Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13350
- 14) Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie, zu erkennen an der Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13400 – 13431
- 15) Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie, zu erkennen an der Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13500 – 13502
- 16) Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie, zu erkennen an der Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13550 – 13561
- 17) Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte, zu erkennen an der Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13650 – 13670
- 18) Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie, zu erkennen an der Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13700 – 13701
- 19) Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie, zu erkennen an der Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13600 – 13621
- 20) Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- 21) Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- 22) Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie
- 23) Fachärzte für Neurologie
- 24) Fachärzte für Nuklearmedizin
- 25) Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin
- 26) Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapeutisch tätige Ärzte, mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie (GOP's 35200 – 35225) im Vorjahresquartal von höchstens 30 %
- 27) Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapeutisch tätige Ärzte, mit einem Anteil an

Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie (GOP's 35200 – 35225) im Vorjahresquartal von mehr als 30 %

- 28) Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie und Fachärzte für Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT, zu erkennen an der Abrechnung der GOP's des Abschnittes 34 ohne die Leistungen der Abschnitte 34.3 (GOP's 34310 – 34360) und 34.4 (GOP's 34410 – 34460)
- 29) Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie und Fachärzte für Radiologie mit Vorhaltung von CT, zu erkennen an der Abrechnung der GOP's des Abschnittes 34 incl. der Leistungen des Abschnittes 34.3 (GOP's 34310 – 34360) ohne Leistungen des Abschnittes 34.4 (GOP's 34410 – 34460).
- 30) Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie und Fachärzte für Radiologie mit Vorhaltung von MRT, zu erkennen an der Abrechnung der GOP's des Abschnittes 34 incl. der Leistungen des Abschnittes 34.4 (GOP's 34410 – 34460) ohne Leistungen des Abschnittes 34.3 (GOP's 34310 – 34360)
- 31) Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie und Fachärzte für Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT, zu erkennen an der Abrechnung der GOP's des Abschnittes 34 incl. der Leistungen der Abschnitte 34.3 (GOP's 34310 – 34360) und 34.4 (GOP's 34410 – 34460)
- 32) Fachärzte für Urologie
- 33) Ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarung

Anlage 5 Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung

1. Ausnahmen von der Abstufung liegen vor, wenn beim Antragsteller vorübergehend eine außergewöhnlich starke Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten – hervorgerufen durch Krankheit, Ruhen, Praxisschließung eines Fachkollegen oder Wegfall einer Ermächtigung – im Planungsbereich festzustellen ist.

Kriterien für die Ermittlung der Versorgungsstruktur im Einzugsbereich des Antragstellers sind:

- Urlaubsbedingte Praxisschließungen bleiben bei der Beurteilung unberücksichtigt
- Fallzahlsteigerung des Antragstellers im Vergleich zum entsprechenden Vergleichsquartal

$$F_{(x)} = \frac{\text{FZ ind. VJQ}}{\text{FZ-FG-Durchschn. VJQ}} \times -0,04 + 0,14$$

Bei einer Fallzahlsteigerung, die unter der gemäß der Formel festgelegten Grenze liegt, wird eine quartalsübliche Schwankung der normalen Praxisentwicklung innerhalb des Jahres unterstellt, die keine weitere Ausnahmeregelung nach sich zieht.

- Zweigpraxen im Planungsbereich

Wurden im regionalen Einzugsbereich des Antragstellers und des Fachkollegen der geschlossenen Praxis innerhalb der letzten drei Quartale Genehmigungen zum Führen einer Zweigpraxis (ZP) erteilt, wird schon deshalb regionaler Bedarf angenommen. In diesem Fall kann eine weitergehende detaillierte Einzelfallprüfung der regionalen Versorgungssituation unterbleiben. Es wird jedoch ggf. durch Rücksprache mit der Hauptabteilung Kassenärztliche Versorgung geprüft, ob es sich um eine ZP aus Sicherstellungsgründen handelt oder um eine Nebenbetriebsstätte.

- Versorgungsgrad entsprechend der Bedarfsplanungsrichtlinie im jeweiligen Planungsbereich und entsprechend der Fachgruppe
- Planungstyp entsprechend der Bedarfsplanungsrichtlinie
- Anzahl der niedergelassenen Ärzte im Planungsbereich/ Fachgebiet
- Anzahl der niedergelassenen Ärzte am Praxisort/Umgebung des Antragstellers und des Fachkollegen der geschlossenen Praxis (regionaler Einzugsbereich)
- praxisbezogene Bestimmung des Arzt/Einwohnerverhältnisses nach den Bestimmungen der Bedarfsplanungsrichtlinie
- tatsächliche Einwohnerzahl im regionalen Einzugsbereich des Antragstellers
- Gegenüberstellung der Anzahl der Einwohner pro Arzt mit der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe im Planungsbereich zur Anzahl der Einwohner pro Arzt und durchschnittlichen Fallzahl der niedergelassenen Fachkollegen im Einzugsbereich des Antragstellers im aktuellen Abrechnungsquartal.

Ergibt im aktuellen Abrechnungsquartal der Vergleich der individuellen Fallzahl des Antragstellers mit den Fallzahlen der Fachgruppe des Planungsbereiches und den Fallzahlen des regionalen Einzugsbereiches unter Berücksichtigung des tatsächlichen Arzt/Einwohnerverhältnis in Relation zum Arzt/ Einwohnerverhältnis entsprechend der Bedarfsplanungsrichtlinie ein Missverhältnis wird unabhängig vom tatsächlichen Versorgungsgrad eine Möglichkeit der Ausnahme von der Abstufung angenommen.

Von einem Missverhältnis wird ausgegangen, wenn regional ein höheres Arzt/ Einwohnerverhältnis (mehr Einwohner pro Arzt) besteht und die Fachkollegen im Einzugsbereich mindestens die durchschnittlichen Fallzahlen der Fachgruppe des Planungsbereiches erreichen und die Fallzahl des Antragstellers im aktuellen Abrechnungsquartal diese um mindestens 10 % überschreitet.

Sofern die vorgenannten Voraussetzungen vorliegen, erfolgt eine Anhebung des Regelleistungsvolumens in Höhe der prozentualen Überschreitung der Fallzahl des Antragsstellers gegenüber der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe des Planungsbereiches.

2. Vertragsärzte, die im Aufsatzquartal unverschuldet vorübergehend oder eingeschränkt nicht vertragsärztlich tätig waren, z. B. Krankheit, Ruhen, etc., was zu einer niedrigeren Fallzahl des Vertragsarztes im Aufsatzquartal geführt hat.

- Bei Nichtausübung der eigenen vertragsärztlichen Tätigkeit eines Antragstellers im Vorjahresquartal von mindestens drei Wochen wird für das entsprechende Quartal die durchschnittliche Fallzahl der verbleibenden drei Quartale des letzten Jahres zugrunde gelegt. Urlaubsbedingte Praxisschließungen bleiben unberücksichtigt. Als Nachweis über die Nichtausübung bzw. eingeschränkte Ausübung der Vertragsarztstätigkeit werden von der KV z. B. anerkannt:

Krankheit:	Meldung im Arztregister
stationärer Aufenthalt/Reha-Maßnahme:	Bescheinigung der Einrichtung oder Krankenkasse
Ganztägige Weiterbildung:	Zertifikat oder Teilnahmebestätigung

Bei eingeschränkter Vertragsarztstätigkeit auf Grund vergleichbarer Umstände (z. B. längere Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Tod von nahen Familienangehörigen, Entbindung, etc.) kann dies entsprechend angewandt werden.

- Genehmigung einer Zweigpraxis

Erhält ein Arzt innerhalb eines Zeitraums von drei Quartalen vor dem Abrechnungsquartal die Genehmigung zum Führen einer Zweigpraxis, wird dies auf Antrag auch bei der Höhe der individuellen Arztfallzahl zur Bestimmung des Regelleistungsvolumens des entsprechenden Abrechnungsquartales berücksichtigt. Die Erhöhung erfolgt individuell.

- Praxisübernahme

Praxisnachfolger werden grundsätzlich wie neu niedergelassene Vertragsärzte behandelt. Der Praxisnachfolger erhält das arztgruppendurchschnittliche Regelleistungsvolumen. Auf Antrag des Praxisnachfolgers kann diese Regelung ausgesetzt werden, wenn anhand der Fallzahlen und des Leistungsspektrums erkennbar ist, dass die Praxis

in vollem Umfang übernommen wurde. In diesem Fall erhält der Antragsteller höchstens die Fallzahl des Praxisvorgängers zuerkannt.

- Auflösung einer Berufsausübungsgemeinschaft wegen Trennung oder Verzicht eines Partners

Bei Auflösung einer Berufsausübungsgemeinschaft innerhalb der letzten drei Quartale vor dem Abrechnungsquartal, kann auf Antrag für den Partner, der an dem ehemaligen Berufsausübungsgemeinschaftsstandort verbleibt, eine Erhöhung erfolgen. Anhand der Fallzahlentwicklung muss erkennbar sein, dass die ehemalige Berufsausübungsgemeinschaft durch den verbliebenen Partner in nahezu gleichem Umfang (weitere Betreuung von mindestens 70 % der Patienten der bisherigen Berufsausübungsgemeinschaft) weitergeführt wird und auf Grund der regionalen Verhältnisse unabhängig vom Versorgungsgrad Bedarf besteht, der eine Erhöhung erfordert. Die Erhöhung erfolgt individuell bis zu den Fallzahlen der ehemaligen Praxis.

3. Darüber hinausgehende Tatbestände bzw. Sachverhalte werden zwischen den Vertragspartnern einvernehmlich geregelt.

Anlage 6 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Auf Antrag des Arztes kann die KV Thüringen einen Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten gewähren.

Von einem überproportionalen Honorarverlust ist auszugehen, wenn das festgestellte Honorar eines Quartals des Jahres 2009 insgesamt um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal rückläufig ist.

Hierbei ist das entsprechende Honorar zunächst um die Honoraranteile für Kostenerstattungen für Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnittes 32 EBM sowie für Kostenerstattungen des Abschnittes 40 EBM sowie Wegegelder zu reduzieren.

Von einem auszugleichenden Honorarverlust ist auszugehen, wenn dieser aus der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder aus der Nichtfortführung im Jahre 2008 gesamtvertraglich vereinbarten Regelungen für so genannte extrabudgetäre Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen resultiert.

Im Weiteren ist ein Honorarverlust nicht ausgleichsfähig, wenn die Behandlungsfallzahl einer Praxis um mehr als 15 % abgesunken ist.

Darüber hinaus ist ein Honorarverlust grundsätzlich nicht ausgleichsfähig, der z. B. aus einer Neuorientierung des Leistungsspektrums oder aus dem Ausbleiben von Zahlungen nach § 105 SGB V resultiert. Die Vertragspartner können einvernehmlich hiervon Ausnahmen beschließen.

Die KV Thüringen kann den Ausgleich eines Honorarverlustes auf einzelne Leistungsbereiche beschränken.

Der Antrag ist durch die Praxis innerhalb eines Zeitraums von 4 Wochen nach Erhalt des Honorarbescheides an die KV Thüringen zu senden.

Der zu gewährende Honorarausgleich berechnet sich aus der Differenz des Honorars des aktuellen Quartals, reduziert um die in Absatz 3 geminderten Honoraranteile und dem jeweiligen Vorjahresquartal, gemindert um die in Absatz 3 genannten Honoraranteile. Der Antragsteller erhält eine Ausgleichszahlung bis maximal 85 % des Honorars des Vorjahresquartals, gemindert um die in Absatz 3 genannten Honoraranteile.

Anlage 7 Berechnung der Rückstellungen und Vorwegabzüge 2009

1. Vorwegabzüge gem. Beschlussteil F, Ziffer 3.1

- Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 75 Abs. 7 u. 7a SGB V: €
- Vergütung für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2: €

2. Rückstellungen nach Trennung der VB gem. Beschlussteil G

	hausärztl. VB (€)	fachärztl. VB (€)
1. Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten		
2. Sicherstellungsaufgaben (u.a. nachträglich erfolgte Honorarkorrekturen aus Vorquartalen)		
3. Ausgleich überproportionaler Honorarverluste		
4. Praxisbesonderheiten gem. § 87b Abs. 3. Satz 3 SGB V		
5. Ausgleich von Fehlschätz. für Vorwegabzüge gem. Beschlussteil F Anlage 2 Nr. 2		

3. Vorwegabzüge nach Trennung der VB gem. Beschlussteil F, Anlage 2 Ziffer 2

Qualitätsgebundene Leistungen gem. F Anl.1 Ziffer 5. und 6.		
3 % für abgestaffelt zu vergütende Leistungen		
Erwartete Zahlungen für Ermächtigte und Einrichtungen ohne RLV		
Vergütung für Ärzte ohne RLV		
zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes		
Auswertung eines Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) nach den Gebührenordnungspositionen 03241 und 04241; respektive 13253 und 27323		
Der zu erwartenden Zahlungen für die Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (GOP 13437, 13438, 13439, 13677 (analog Kapitel 4)		
Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7		
Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225)		
Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)		
Leistungen im organisierten Notfalldienst und Leistungen im Notfall von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Instituten und Krankenhäusern		
Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)		
Leistungen Abschnitt 30.7.1 von nicht ausschließlich Schmerztherapeuten		
Akupunktur des Abschnitts 30.7.3		
Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32		
Kostenpauschalen des Kapitels 40		
ambulante praxisklinische Betreuung/Nachsorge (GOP 01510 bis 01531)		
Behandlung Naevi Flammei/Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324)		
Belegärztliche Begleitleistungen		
Histologie/Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331)		
ESWL (GOP 26330)		
Polysomnographie (GOP 30901)		
MRT-Angiographie Abschnitt 34.4.7 (GOP 34470 bis 34492)		