

Mit Bezug auf die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung gemäß § 87 c SGB V sowie den aktuellen Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses sowie den Entscheidungen des Landesschiedsamtes vom 24.03.2011 und 11.05.2011 wird die

Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2011

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

- AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand
hier vertreten durch den Stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes
Herr Rainer Striebel,
- BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4, 30171 Hannover,
- IKK classic,
- Krankenkasse für den Gartenbau
handelnd für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung,
- Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

und

den Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- hkk

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

geschlossen.

Inhalt

Teil 1: Allgemeine Grundsätze

Teil 2: Festlegung der regionalen Euro-Gebührenordnung

Teil 3: Berechnung der Gesamtvergütung in Thüringen

Teil 3A: Regelungen zur Ausgabenbegrenzung von Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Teil 4: Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Protokollnotiz zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen für das Jahr 2011

Anlagen

Anlage 1a Berechnung und Festlegung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs je Versicherten sowie der kassenspezifischen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal für das Jahr 2011

Anlage 1b Berechnung und Festlegung des gewichteten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs je Versicherten aufgrund von Fusionen

Anlage 2 Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Anlage 3 Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen

Anlagen 3a – f Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

Anlage 4 Für Regelleistungsvolumen relevante Arztgruppen

Anlage 5 Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung

Anlage 6 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Anlage 7a – d Informationen zur Berechnung der Regelleistungsvolumen der jeweiligen Fachgruppen

Anlage 8 Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) je Arztgruppe

Anlage 9 Pauschalen im organisierten Notdienst gemäß Teil 4 § 10 Abs. 5

Anlage 10 Sachkostenformular

Anlage 11 Interventionsregelung gemäß Teil 3A, § 1 Abs. 2, Buchst. f

Teil 1

Allgemeine Grundsätze

Präambel

- (1) Auf der Basis der Neuordnung der vertragsärztlichen Versorgung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), des GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) 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 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 01.01.2011 in Kraft und endet am 31.12.2011, 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

- (1) Der regionale Punktwert in Thüringen gemäß § 87a Abs. 2 SGB V wird in der Höhe vereinbart, die der Erweiterte Bewertungsausschuss in der 25. Sitzung festgelegt hat.
- (2) Der regionale Punktwert beträgt 3,5048 €-Cent.

§ 2

Regionale Euro-Gebührenordnung

- (1) Die Höhe der Vergütungen für in Punkten bewertete Leistungen des EBM ergibt sich grundsätzlich aus der Multiplikation der jeweiligen Punktwerte nach § 1 und der jeweiligen Leistungsbewertung in Punkten.
- (2) Die Preise für in Punkten bewertete Leistungen werden in einer regionalen Euro-Gebührenordnung abgebildet. Diese Preise gelten nicht für die das Regelleistungsvolumen sowie die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 1.1 überschreitenden Leistungen.
- (3) In Euro ausgewiesene Leistungen sollen grundsätzlich in der im EBM festgelegten Höhe vergütet werden. Hierzu sind die gesonderten Regelungen gemäß Teil 4 § 1 Abs. 3 Punkte 10 und 13 zu beachten.
- (4) Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (EGV) werden grundsätzlich nach den Preisen der regionalen Gebührenordnung vergütet. Die Regelungen nach Teil 3A sind zu beachten. Bei Überschreitungen des in Teil 3A vereinbarten Vergütungsvolumens erfolgt eine entsprechend quotierte Vergütung.
- (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 des jeweiligen Quartals nicht ausgeschöpften Mittel werden gesonderten Rückstellungen zugeführt und nur zur Vergütung von Leistungen nach dem SGB V, den Vorgaben des (Erweiterten) Bewertungsausschusses und den Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner verwendet. Über die je Quartal 2011 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 24.03.2011 festgesetzt.

§ 2

Festsetzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- (1) Die Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) erfolgt entsprechend der Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses gemäß § 87c Abs. 4 SGB V zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung für das Jahr 2011.
- (2) Die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen je Krankenkasse werden wie folgt ermittelt:
 - a) Basis für die Berechnungen bildet der für das Jahr 2010 vereinbarte von Selektivverträgen unbereinigte Behandlungsbedarf je Versicherten einer Krankenkasse gemäß Anlage 1a der Vereinbarung des Jahres 2010.
 - b) Der Behandlungsbedarf nach Buchst. a) wird gemäß der Durchführungsempfehlung des Bewertungsausschusses in seiner 225. Sitzung zur Finanzierung der Leistungen und Kosten im Zusammenhang mit der Einführung der Balneophototherapie in den EBM um die bereichseigenen und bereichsfremden Leistungen bereinigt. Die Daten für die bereichsfremden Leistungen liefern die Krankenkassenverbände.
 - c) Der bereinigte Behandlungsbedarf je Versicherten einer Krankenkasse nach Buchst. b) wird für das Jahr 2011 um 3,9875 vom Hundert erhöht.
 - d) Die Details der Berechnungen sind in **Anlage 1a** geregelt. Der so ermittelte Behandlungsbedarf aus **Anlage 1a** wird kassenindividuell berechnet und abgestimmt.

Der Inhalt des § 2 Abs. 2 Buchst. c wurde durch Schiedsspruch vom Landesschiedsamt am 24.03.2011 festgesetzt.

- (3) Der ermittelte Behandlungsbedarf je Versicherten einer Krankenkasse eines Jahres wird gleichmäßig auf die Quartale verteilt.

- (4) 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 nach Satzart ANZVER87c4 und dem vereinbarten regionalen Punktwert nach Teil 2 § 1 Abs. 2.
- (5) Die so ermittelte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird den jeweiligen Krankenkassen vor Berechnung der Regelleistungsvolumen gemäß **Anlage 1a** mitgeteilt.
- (6) Nach Vorlage der Zahl der Versicherten des jeweiligen Quartals des Jahres 2011 erfolgt im Rahmen der Quartalsabrechnung eine Neuberechnung.
- (7) Bei Fusionen von Krankenkassen mit Versicherten in Thüringen wird für die neue (fusionierte) Krankenkasse ein neuer nach Versichertenzahlen gewichteter Behandlungsbedarf je Versicherten für den betroffenen Zeitraum anhand **Anlage 1b** ermittelt.
- (8) 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.
- (9) Bei Krankenkassen für die aus dem Jahr 2008 kein Leistungsbedarf und keine Versicherten zur Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Jahr 2011 vorliegen und für die im Jahr 2011 erstmals Versicherte in Thüringen festgestellt werden, ist der Behandlungsbedarf für den KV-Bezirk, der am Sitz der Kasse verwendet wird, vorläufig anzuwenden. Es erfolgt eine Information des jeweiligen Krankenkassenverbandes über die Höhe des Behandlungsbedarfes 2011 für die entsprechenden Krankenkassen zur weiteren Anwendung. Nach Vorlage konstanter Daten über das Kassenwachstum und die Leistungsentwicklung verständigen sich die KV Thüringen und der betroffene Vertragspartner kassenartenindividuell über die Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2011.
- (10) Bei Abschluss von Selektivverträgen und entsprechendem Beitritt der Versicherten erfolgt die Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs gemäß den Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses.
- (11) Sofern auf Grund des bestehenden Versorgungsengpasses bei Radionukliden für stark radionuklidverbrauchende Knochenszintigraphien mit ^{99m}Tc-Technetium als Substitut die Positronen-Emissions-Tomographien (PET) mit radioaktiven Fluorverbindungen nach den in den Durchführungsempfehlungen festgelegten Indikationen gemäß der GOP 88738 erbracht werden, erfolgt eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechend den Durchführungsempfehlungen mit Wirkung bis 30.06.2011. Eine Bereinigung der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen erfolgt in dem Umfang, in welchem die Vergütung der substituierten Knochenszintigraphien nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung erfolgt wäre. Auf Grundlage der Häufigkeiten der GOP 88738 der jeweiligen Krankenkasse je Quartal und den durchschnittlichen Vergütungsvolumen der Knochenszintigraphien werden die Bereinigungsbeträge des Quartals für die betroffenen Krankenkassen ermittelt und im Rahmen der Abrechnung durch die KV Thüringen mit der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung verrechnet. Der Ausweis des Bereinigungsbetrages erfolgt entsprechend im Formblatt 3 unter dem Vorgang 070 sowie den Rechnungsbriefen.

Sofern die Leistungen zur Abrechnung kommen, verständigen sich die Vertragspartner zeitnah über die Höhe des durchschnittlichen Bereinigungsbetrages.

§ 3

Festsetzung der nicht vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Eine Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs erfolgt nicht.

§ 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 – 3f** (Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen) werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet und bis zur Ebene 6 im Formblatt 3 ausgewiesen. Die Regelungen nach Teil 3A sind zu beachten.

§ 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 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 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) Die Regelungen zu den Ausgabenbegrenzungen der Leistungen der EGV nach Teil 3A sind entsprechend zu berücksichtigen.
- (3) Durch die Krankenkassen zuviel geleistete Abschlagszahlungen sind den jeweiligen Krankenkassen innerhalb einer Frist von 10 Arbeitstagen zurückzuzahlen.
- (4) Die Restzahlungen sind innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der rechnungsbegründenden Unterlagen (Rechnungsbrief mit Ausweisung der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 2 Abs. 6 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.
- (5) Für die Abrechnung der Leistungen gelten die Formblatt-3-Inhaltsbeschreibungen.

Teil 3 A

Regelungen zur Ausgabenbegrenzung von Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Die nachfolgenden Regelungen resultieren aus dem Schiedsspruch des Landesschiedsamtes vom 11.05.2011.

§ 1

Begrenzung von Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- (1) Gemäß § 87d Abs. 4 SGB V in der Fassung des GKV-FinG erfolgen Ausgabenbegrenzungen für die folgende Leistungsbereiche außerhalb der MGV:
 - a) Ambulante Operationen (Kapitel 31 EBM sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13431)
 - b) Belegärztliche Leistungen (Kapitel 36 EBM sowie GOP 13311, 17370 und GOP 08410 bis 08416 bei belegärztlicher Erbringung)
 - c) Kurative Vakuumstanzbiopsien (GOP 34274, 40454, 40455)
 - d) Phototherapeutische Keratektomie (GOP 31362, 31734, 31735 und 40680)
 - e) Künstliche Befruchtung (Abschnitt 8.5 (ohne 08520 und 08521) 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, 32614, 32618, 32660, 32781, 33043, 33044, 33090, 36272, 36503 und 36822 EBM)
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.
 - f) Substitutionsbehandlung (GOP 01950 bis 01952)
- (2) Die Umsetzung der gesetzlich vorgegebenen Begrenzungsregelungen erfolgt durch folgendes Verfahren:
 - a) Die KV Thüringen ermittelt für das Jahr 2010 das GKV-Ausgabenvolumen für die Leistungsbereiche gemäß Abs. 1 aus der Summe der im Vorjahr im Formblatt-3 ausgewiesenen Abrechnungen für Versicherte mit Wohnort in Thüringen durch bereichseigene und bereichsfremde Ärzte.
 - b) Das nach a) ermittelte GKV-Ausgabenvolumen wird um 1,5 Prozent erhöht und ergibt die GKV-Ausgabenobergrenze des Jahres 2011.
 - c) Die im 1. Halbjahr 2011 erbrachten Leistungen und Kosten gemäß Abs. 1 für die Versicherten mit Wohnort in Thüringen durch bereichseigene und bereichsfremde Ärzte werden mit dem regionalen Punktwert bzw. dem Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß Teil 2 §§ 1 und 2 vergütet. Das ergibt das Ausgabenvolumen des 1. Halbjahres 2011.

- d) Für die Vergütungen der Leistungsbereiche gemäß Abs. 1 des 2. Halbjahres 2011 steht die Ausgabenobergrenze nach Buchst. b) abzüglich des Ausgabenvolumens nach Buchst. c) zur Verfügung. Dieses wird jeweils in gleichen Teilen auf die Quartale 3 und 4 des Jahres 2011 aufgeteilt.
- e) Wird die Ausgabenobergrenze mit den abgerechneten Leistungen unterschritten, erfolgt eine Vergütung mit dem Punktwert in Höhe von 3,5048 €-Cent. In Euro ausgewiesene Leistungen werden bei Unterschreitung in voller Höhe vergütet.
- f) Bei Überschreitung der Ausgabenobergrenze (Soll) des 3. oder des 4. Quartals 2011 über alle in Abs. 1 genannten Leistungsbereiche erfolgt eine Quotierung der Vergütungen. Eine Musterberechnung für die Ermittlung der quotierten Vergütung ist als Anlage 11 der Vereinbarung beigelegt.
1. Bei einem Quotierungsgrad über alle Leistungsbereiche bis 95 Prozent erfolgt eine einheitliche Quotierung der einzelnen Leistungsbereiche (siehe Anlage 11 Pkt. 1).
 2. Sofern der Quotierungsgrad über alle Leistungsbereiche 95 Prozent unterschreitet, kommt nachfolgende Interventionsregelung (siehe Anlage 11 Pkt. 2) zur Anwendung:
 - Leistungsbereiche, die bei isolierter Betrachtung einen Quotierungsgrad von mehr als 95 Prozent erreichen, werden auf 95 Prozent quotiert. Das für diese Leistungsbereiche zur Verfügung stehende Ausgabenvolumen wird ermittelt aus der Summe der rechnerischen Ausgabenvolumen (Ist) dieser Leistungsbereiche multipliziert mit 0,95 (Interventionsvolumen).
 - Für Leistungsbereiche, die bei isolierter Betrachtung eine überdurchschnittliche Mengenentwicklung und damit einen Quotierungsgrad von weniger als 95 Prozent aufweisen, erfolgt die Ermittlung des - für diese Leistungsbereiche - zur Verfügung stehenden Ausgabenvolumens aus der Differenz der Ausgabenobergrenze je Quartal (Soll) gesamt und des Interventionsvolumens gesamt dividiert durch das rechnerische Ausgabenvolumen (Ist) der Leistungsbereiche, deren Quotierungsgrad kleiner als 95 Prozent beträgt. Die daraus ermittelte prozentuale Quote wird anschließend mit dem Ausgabenvolumen (Ist) dieser Leistungsbereiche multipliziert.
- g) Der Ausweis im Formblatt 3 erfolgt entsprechend der Quotierungen in den Leistungsbereichen.
- (3) Mit der Übermittlung des Formblattes-3 werden die Krankenkassen durch die KV Thüringen über die quartalsweise ermittelte GKV-Ausgabenobergrenze und die entsprechenden Quotierungen auf Basis der Anlage 11 informiert.
- (4) Sofern nach dem 31. März 2011 in Kraft tretende Verträge nach §§ 73b, 73c und 140a SGB V auch Leistungen enthalten, die bis zu ihrer Einbeziehung in diese Verträge außerhalb der MGV vergütet werden und gemäß Abs. 1 einer Ausgabenbegrenzung unterliegen, erfolgt eine entsprechende Anpassung der jeweiligen GKV-Ausgabenobergrenze nach Abs. 2.

Teil 4

Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

§ 1

Berechnung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

- (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 Bewertungsausschusses vorgegebenen Berechnungsgrundlagen und – formeln die arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen sowie die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen.
- (3) Zur Ergänzung und Klarstellung der Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses haben die Vertragspartner folgende Regelungen vereinbart:

1. Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 1.1

Der Punktwert für die das Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen überschreitenden Leistungen ist maximal der Punktwert gemäß Teil 2 § 1 Abs. 2.

2. Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 1.2.1

Die Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen werden für das jeweilige Abrechnungsquartal mit unmittelbarem Bezug auf das Quartal ermittelt.

3. Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 1.2.2

Für Vertragsärzte, die mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, erfolgt die Ermittlung der zutreffenden Regelleistungsvolumen und ggf. der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen anhand des arithmetischen Mittels der betroffenen Arztgruppen.

4. Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 2.1 i.V.m. Anlage 2 Punkt 2 und 4

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

5. Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 2.1 i.V.m. Anlage 2 Punkt 2 und 4

- (a) Die für die Arztgruppen gemäß Anlage 4 dieser Vereinbarung gebildeten arztgruppenspezifischen Anteile am RLV-Vergütungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen der laufenden Nummern 24 (Fachärzte für Nuklearmedizin) und 27 (Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie und Fachärzte für Radiologie) werden zu einem Anteil zusammengefasst.

- (b) Innerhalb des so gebildeten Anteils wird je Arzt der Arztgruppen nach Anlage 4 Nummern 24 und 27 auf der Basis der im Vorjahresquartal abgerechneten RLV-Fälle gemäß Teil F Abschnitt I. Punkt 2.6 ein Basisfallwert in Höhe von 18,50 € bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens zu Grunde gelegt.
- (c) Zusätzlich erfolgt die Ermittlung von leistungsbereichsbezogenen Zuschlägen jeweils für folgende Bereiche:
- Erbringung von CT-Leistungen gemäß Kapitel 34.3 EBM
 - Erbringung von CT-gesteuerten Interventionen gemäß GOP 34502 EBM
 - Erbringung von MRT-Leistungen gemäß Kapitel 34.4 EBM ohne die GOPs der MRT-Angiographien 34.4.7 EBM
 - Erbringung von MRT-Angiographien gemäß Kapitel 34.4.7 EBM
 - Erbringung von Mammographien gemäß den GOPs 34270 bis 34273 EBM
 - Erbringung von Nuklearmedizinischen Leistungen gemäß Kapitel 17 EBM ohne die GOPs der Nuklearmedizinischen Therapie gemäß den GOPs 17370 bis 17373 EBM
 - Erbringung von Leistungen der Nuklearmedizinischen Therapie gemäß den GOPs 17370 bis 17373 EBM
- (d) Die Zuschläge für die Leistungsbereiche Punkt 5 (c) 1-7 werden ermittelt, indem für diese Leistungsbereiche jeweils Vergütungsvolumina gebildet werden. Hierbei wird zunächst von dem gemäß Punkt 5 (a) gebildeten Volumen das Volumen gemäß Punkt 5 (b) in Abzug gebracht. Das verbleibende Volumen (verbl.V) wird wie folgt aufgeteilt:

$$VLB_n = \frac{LB_n}{LB_{ges.}} \times \text{verbl.V}$$

VLB _n	=	Vergütungsvolumen Leistungsbereich gemäß Punkt 5 (c) 1-7
LB _n	=	Leistungsbedarf eines Leistungsbereiches gemäß Punkt 5 (c) 1-7 (des Vergleichs quartals des Jahres 2008)
LB _{ges.}	=	Leistungsbedarf insgesamt der Leistungsbereiche gemäß Punkt 5 (c) 1-7 (des Vergleichs quartals des Jahres 2008)
verbl.V	=	verbleibendes Volumen
n	=	Leistungsbereich gemäß Punkt 5 (c) 1-7

- (e) Die Zuschläge der Leistungsbereiche gemäß Punkt 5 (c) 1-7 ermitteln sich aus der Division der für die einzelnen Leistungsbereiche ermittelten Volumen durch die Zahl der RLV-Fälle gemäß Teil F Abschnitt I. Punkt 2.6 des Vorjahresquartals, in denen Leistungen der jeweiligen Leistungsbereiche abgerechnet wurden.
- (f) Das Regelleistungsvolumen eines Arztes ermittelt sich aus der:
- a. Zahl der RLV-Fälle gemäß Teil F Abschnitt I. Punkt 2.6 des Vorjahresquartals, multipliziert mit dem Basisfallwert gemäß Punkt 5 (b)
 - b. Zahl der RLV-Fälle gemäß Teil F Abschnitt I. Punkt 2.6 des Vorjahresquartals, in denen die Leistungen der jeweils unter Punkt 5 (c) 1-7 genannten Leistungsbereiche abgerechnet wurden, multipliziert mit den jeweiligen ermittelten Zuschlägen für diese Leistungsbereiche (Punkt 5 (c) 1-7).

Das insgesamt zur Verfügung stehende Regelleistungsvolumen ergibt sich aus der Addition des Punktes 5 (f) a. und b.

RLV Arzt = RLV Punkt 5 (f) a. + RLV Punkt 5 (f) b. für die jeweils zutreffenden Leistungsbereiche gemäß Punkt 5 (c) 1-7.

- (g) Die Regelungen gemäß Teil F Abschnitt I. Punkt 3.2.1 und Teil F Anlage 7 Punkt 3 finden in Folge der Umsetzungsproblematik keine Anwendung.
- (h) Die Regelung gemäß Teil F Abschnitt I. Punkt 1.3.1 bleibt unberührt.
- (i) Die KV Thüringen nimmt das Informations- und Beschwerdemanagement im Zusammenhang der vor genannten Regelungen wahr.

6. Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 2.1 i.V.m. Anlage 3

Die Partner der Gesamtverträge vereinbaren eine Modifikation der qualitätsgebundenen Zusatzvolumen in Thüringen für die relevanten Arztgruppen gemäß **Anlage 8** dieser Vereinbarung.

7. Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 2.1

Ermächtigten Krankenhausärzten sowie ermächtigten Krankenhäusern, Einrichtungen oder Institutionen, deren Versorgungsauftrag vergleichbar mit der jeweiligen Fachgruppe ist, wird ein Regelleistungsvolumen auf Basis des RLV-Fallwertes der jeweiligen Fachgruppe zugewiesen. Den übrigen Ermächtigten werden die Leistungen, die bei niedergelassenen Ärzten dem Regelleistungsvolumen unterliegen, mit dem durchschnittlichen Quotierungsgrad der jeweiligen Einzelleistung der entsprechenden Fachgruppe bewertet (quotiert). Zur Finanzierung der Leistungen der Ermächtigten ohne Regelleistungsvolumen wird ein Vorwegabzug im versorgungsbereichsspezifischen RLV-Verteilungsvolumen in Analogie des Beschlusses Teil F Abschnitt I. Punkt 3.1.2 gebildet. Die Höhe des Vergütungsvolumens ermittelt sich auf der Basis des Vorjahresquartals.

Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz dem versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen für abgestaffelt zu vergütende Leistungen gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 3.1.2 zuzuweisen.

Überschreitungen des Vergütungsvolumens sind aus den versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen gemäß Beschluss Nr. 5 des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 23. Sitzung vom 05./11.10.2010, geändert durch die 25. Sitzung vom 24.11.2010 zu finanzieren.

8. Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 2.3

Zur besonderen Förderung der ambulanten Behandlung der Wachkoma-Patienten vereinbaren die Vertragspartner einen versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzug gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 3.1.2 für eine zusätzliche Aufwandspauschale in Höhe von 150,00 € je Wachkoma-Patienten im Quartal (Abrechnungsnr. 99210).

Diese Aufwandspauschale wird zusätzlich zu den praxisbezogenen Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen für den erhöhten Aufwand bei der ambulanten Behandlung von Wachkoma-Patienten (ICD-10-Code G93.80) je Behandlungsfall gewährt.

9. Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 2.4 i.V.m. Punkt 4.2.2

Nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen von Ärzten gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 4.1 innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen werden als Vorwegabzug in Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 3.1.2 dem jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen RLV-Verteilungsvolumen zugeordnet.

Es wird gewährleistet, dass alle Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen mit dem Punktwert gemäß Teil 2 § 1 Abs. 2 vergütet werden.

Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist dies zur Finanzierung von Überschreitungen des Vergütungsanteils für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM gemäß Anlage 4, Anhang 1, Schritt 17. unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen zu verwenden. Nachrangig werden ggf. verbleibende Vergütungsvolumen dem versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumen für abgestaffelte Preise gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I. Anlage 1 Punkt 2 zugewiesen.

10. Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 2.5.1

Die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen (Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220), der Grundpauschale für zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320) sowie Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Beschluss Teil F Anlage 4, Anhang 1, Schritt 18. unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen vergütet.

Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz dem versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen unter Anwendung des gemäß Beschluss Teil F Anlage 4, Anhang 1, Schritt 15. ermittelten Trennungsfaktors für abgestaffelte Preise gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I., Punkt 3.1.2 zuzuweisen.

Bei Überschreitungen des Vergütungsvolumens erfolgt eine Quotierung.

Die Gebührenordnungsposition 32001 für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 wird immer zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

11. Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 2.5.2

a) Die Vergütung der Leistungen der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser erfolgt aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 3.1.2. Die Höhe des Vergütungsvolumens ermittelt sich auf der Basis des Vorjahresquartals.

Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die

Differenz dem fachärztlichen Verteilungsvolumen für abgestaffelte Preise gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 3.1.2 zuzuweisen.

Überschreitungen des Vergütungsvolumens sind aus den fachärztlichen Rückstellungen gemäß Beschluss Nr. 5. des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 23. Sitzung vom 05./11.10.2010, geändert durch die 25. Sitzung vom 24.11.2010 zu finanzieren.

- b) Für am organisierten Notdienst teilnehmende Ärzte erfolgt eine gesonderte Finanzierung gemäß Teil 4 § 10 dieser Vereinbarung.

12. Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 2.5.3

Pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 3.1.2, dritter Spiegelstrich vergütet, sofern sie zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen überwiesen werden.

Für die Vergütung der pathologischen Leistungen des Kapitels 19 EBM wird gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 3.1.2, dritter Spiegelstrich ein Vergütungsvolumen in Euro zur Verfügung gestellt, das sich aus dem anerkannten Leistungsbedarf der pathologischen Leistungen in Punkten des jeweiligen Quartals in 2007 ergibt.

Diese Leistungsmenge wird unter Berücksichtigung der Anpassungsfaktoren des Jahres 2009 (gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung am 27./28. August 2008 und ergänzt in seiner 8. Sitzung am 23. Oktober 2008) weiterentwickelt und mit einem Orientierungswert in Höhe von 3,5001 €-Cent bewertet.

Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz dem fachärztlichen Verteilungsvolumen für abgestaffelte Preise gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 3.1.2 zuzuweisen.

Bei Überschreitungen des Vergütungsvolumens erfolgt eine Quotierung.

13. Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 2.5.4

Die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM werden aus dem versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumen gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 3.1.2, vierter Spiegelstrich vergütet. Das Vergütungsvolumen ermittelt sich aus dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals.

Sofern im Abrechnungsquartal das versorgungsbereichsspezifische Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz dem jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen für abgestaffelte Preise gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 3.1.2 zuzuweisen.

Bei Überschreitungen des versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumens erfolgt eine Quotierung.

14. Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 2.5.5

Humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen werden aus dem versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumen gemäß Beschluss Teil F

Abschnitt I. Punkt 3.1.2, achter Spiegelstrich vergütet. Das Vergütungsvolumen ermittelt sich aus dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals.

Sofern im Abrechnungsquartal das versorgungsbereichsspezifische Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz dem jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen für abgestaffelte Preise gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 3.1.2 zuzuweisen.

Überschreitungen des Vergütungsvolumens sind aus den fachärztlichen Rückstellungen gemäß Beschluss Nr. 5. des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 23. Sitzung vom 05./11.10.2010, geändert durch die 25. Sitzung vom 24.11.2010 zu finanzieren.

15. Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 3.1.2 zum 01.04.2011

Besuche gemäß GOP 01410, 01413 und 01415 EBM werden aus dem versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumen gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 3.1.2, neunter Spiegelstrich vergütet.

Das Vergütungsvolumen ermittelt sich aus dem Leistungsbedarf des Vorjahresquartals bewertet mit dem regionalen Punktwert, gesteigert um die gültige Veränderungsrate der MGV zzgl. einer Steigerung um 5 Prozent. Hierbei sind die entsprechenden EBM-Änderungen zum 01.04.2011 zu berücksichtigen. Sofern im Abrechnungsquartal das versorgungsbereichsspezifische Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz dem jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen für abgestaffelt zu vergütende Leistungen gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 3.1.2, sechster Spiegelstrich zuzuweisen. Bei Überschreitung des versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumens erfolgt eine Quotierung.

16. Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 3.1.4 i.V.m. Anlage 6

Stellen die Partner der Gesamtverträge bei der Festsetzung der Regelleistungsvolumen fest, dass mit den arztgruppenbezogenen RLV-Fallwerten die jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten- bzw. Grundpauschalen nicht in ausreichendem Umfang vergütet werden können, treffen die Gesamtvertragspartner innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen einvernehmlich geeignete Maßnahmen. Sind diese nicht ausreichend, soll über die Nutzung von Sicherstellungsrücklagen gemäß Beschluss Nr. 5 des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 23. Sitzung vom 05./11.10.2010, geändert durch die 25. Sitzung vom 24.11.2010 verhandelt werden. Die KVT verpflichtet sich, den Kassen vor der Zuweisung der arztbezogenen RLV die jeweils errechneten Daten im Vergleich RLV-Fallwert vs. Versicherten-/ Grundpauschale zu übergeben.

17. Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 3.2.1

Maßgeblich für die Nichtanwendung der RLV-Fallwertminderung ist der jeweils – zum Zeitpunkt der Zuweisung der RLV an die Ärzte durch die KV Thüringen – aktuelle Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Unterversorgung und drohenden Unterversorgung in Thüringen.

18. Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 3.2.1 letzter Satz

Zur Steuerung der RLV-Fallzahlen vereinbaren die Vertragspartner folgende Regelungen:

-
- a. Für Ärzte mit einer RLV-Fallzahl oberhalb der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe wird die RLV-Fallzahl aus dem Vorjahresquartal berücksichtigt, sofern die RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals die um 5 Prozent gesteigerte RLV-Fallzahl des Vergleichs quartals des Jahres 2009 nicht übersteigt.

Übersteigt die RLV-Fallzahl aus dem Vorjahresquartal die um 5 Prozent gesteigerte RLV-Fallzahl des Vergleichs quartals des Jahres 2009, so wird die um 5 Prozent gesteigerte RLV-Fallzahl des Vergleichs quartals des Jahres 2009 für die Berechnung des Regelleistungsvolumens zu Grunde gelegt.

- b. Die KV Thüringen kann auf Antrag des Vertragsarztes in Fällen unbilliger Härte Ausnahmen von den vorgenannten Regelungen beschließen. Dies könnte z.B. dann vorliegen, wenn
- bei Anwendung der vorgenannten Regelungen auf Vor quartale zurückgegriffen wird, in denen der Arzt noch keine drei Jahre niedergelassen war (Jungpraxis) und die RLV-Fallzahl unterhalb der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe lag,
 - besondere Umstände zu einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten geführt haben oder
 - Ärzte ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen für die jeweilige Arztgruppe durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Thüringen Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt wurde.
- c. Im Übrigen gelten die Regelungen des Teil 4 § 3 dieser Vereinbarung.
- d. Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Fallzahlentwicklung erstmalig nach Vorlage der Abrechnungsdaten ab dem 3. Quartal 2010 analysiert wird, um ggf. weitere Steuerungsmaßnahmen hinsichtlich der RLV-Fallzahlen zu vereinbaren.

19. Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 3.3

Die Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfolgt je Leistungsfall gemäß Beschluss Teil F Anlage 8.

§ 2

Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung gemäß Beschlussteil F des Bewertungsausschusses aus seiner 218. Sitzung Abschnitt I. Punkt 3.5

- (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 Berufsausübungsgemeinschaft,
 - 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.
 - Der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Planungsbereich, der für diese Arztgruppe von Unterversorgung betroffen bzw. von Unterversorgung bedroht ist und in dem die Sicherstellung der medizinischen Versorgung nicht in ausreichendem Maße gewährleistet ist.
- (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 und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform gemäß Beschlussteil F des Bewertungsausschusses aus seiner 218. Sitzung Abschnitt I. Punkt 3.6

- (1) Für Ärzte, die im Aufsatzjahr (Vorjahresquartal) noch nicht niedergelassen waren (Neupraxen), wird das Regelleistungsvolumen auf der Grundlage der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Fachgruppe im Aufsatzjahr (Vorjahresquartal) ermittelt.
- Gleichzeitig wird diesen Ärzten das Regelleistungsvolumen auf der Basis der eigenen abgerechneten RLV-Fallzahlen des aktuellen Abrechnungsquartals maximal bis zur durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Fachgruppe im Aufsatzjahr zuerkannt.
- (2) Für Ärzte, die im Aufsatzjahr (Vorjahresquartal) noch keine drei Jahre niedergelassen waren (Jungpraxen) wird das Regelleistungsvolumen auf der Grundlage der eigenen RLV-Fallzahl des Aufsatzjahres (Vorjahresquartal) ermittelt.
- Gleichzeitig wird diesen Ärzten das Regelleistungsvolumen auf der Basis der eigenen abgerechneten RLV-Fallzahlen des aktuellen Abrechnungsquartals maximal bis zur durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Fachgruppe im Aufsatzjahr zuerkannt.
- (3) Abweichend von Abs. 2 wird für Ärzte, die im Aufsatzjahr (Vorjahresquartal) noch keine drei Jahre niedergelassen waren (Jungpraxen) und deren RLV-Fallzahl im Aufsatzjahr (Vorjahresquartal) über derjenigen der Fachgruppe liegt, das Regelleistungsvolumen auf der Grundlage der eigenen RLV-Fallzahl des Aufsatzjahres (Vorjahresquartal) ermittelt.
- (4) Für Praxisnachfolger und bei Auflösung einer Berufsausübungsgemeinschaft gelten die Absätze 1 bis 3 entsprechend.
- (5) Für die Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Leistungsfall gelten die Absätze 1 bis 4 entsprechend.

§ 4

Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen für Fachgruppen mit überproportionaler Arztzahlentwicklung gemäß Beschlussteil F des Bewertungsausschusses aus seiner 218. Sitzung Abschnitt I. Anlage 5

Für Fachgruppen, die im Vorjahr gegenüber dem Vorvorjahr eine überproportionale Arztzahlentwicklung zu verzeichnen haben, wird der Leistungsbedarf der Fachgruppe des Vorjahres herangezogen. Das dafür notwendige zusätzliche Geld wird aus Rückstellungen gemäß Beschluss Nr. 5. des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 23. Sitzung vom 05./11.10.2010, geändert durch die 25. Sitzung vom 24.11.2010 zur Verfügung gestellt.

§ 5

Praxisbesonderheiten gemäß Beschlussteil F des Bewertungsausschusses aus seiner 218. Sitzung Abschnitt I. Punkt 3.7

- (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.
- (3) Aus Gründen der Sicherstellung kann die KV Thüringen auf Antrag des Arztes im Einzelfall eine Praxisbesonderheit anerkennen und den Fallwert des Arztes anheben, obwohl die vorgegebene Überschreitung gemäß Abs. 1 nicht vorliegt. Das Benehmen mit den Krankenkassenverbänden ist dazu herzustellen.

§ 6

Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten gemäß Beschlussteil F des Bewertungsausschusses aus seiner 218. Sitzung Abschnitt I. Punkt 3.8

Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis in den Quartalen I/2011 bis IV/2011 gegenüber dem vergleichbaren Abrechnungsquartals des Jahres 2008 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 vergleichbaren Abrechnungsquartals des Jahres 2008 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.

§ 7

Information durch die KV Thüringen gemäß Beschlusstil F des Bewertungsausschusses aus seiner 218. Sitzung Abschnitt I. Punkt 3.9 i.V.m. Abschnitt III. i.V.m. 233. und 236. Sitzung

- (1) Die KV Thüringen stellt den Krankenkassenverbänden entsprechend der Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus der 218., 233., 236., 243 und 249. Sitzung die Informationen zum Abruf auf dem sFTP-Server der KV Thüringen bereit. Die KV Thüringen wird den Krankenkassenverbänden die entsprechenden Zugangsdaten zur Verfügung stellen.
- (2) Aufgrund der geänderten Berechnungssystematik und Quotierung der Vorwegabzüge gemäß § 1 Abs. 3 Punkt 10, 12, 13 sowie 15 erfolgt eine zusätzliche Information auf Basis der Anlagen **7A, 7B, und 7C** an die Krankenkassenverbände durch die KV Thüringen für jede Arztgruppe gemäß Anlage 4. Es gelten die Fristen gemäß der Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus der 218., 233., 236., 248. und 253. Sitzung entsprechend.
- (3) Aufgrund der Neustrukturierung der Berechnungssystematik der Regelleistungsvolumen der Nuklearmediziner und Radiologen (Arztgruppen Nr. 24 und 27 nach Anlage 4) gemäß § 1 Abs. 3 Punkt 5 erfolgt eine zusätzliche Information auf Basis der **Anlage 7D** an die Krankenkassenverbände durch die KV Thüringen. Es gelten die Fristen gemäß der Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus der 218., 233., 236., 248. und 253. Sitzung entsprechend.
- (4) Abweichend von Absatz 1 stellt die KV Thüringen den Ersatzkassen in Thüringen die Informationen gemäß Beschlusstil F auf den sFTP-Server des vdek zur Verfügung. Der vdek wird der KV Thüringen die entsprechenden Zugangsdaten zur Verfügung stellen. Sofern andere Krankenkassenverbände dieses Verfahren umsetzen wollen, setzen sich diese mit der KV Thüringen in Verbindung.

§ 8

Bereinigung des Regelleistungsvolumens und der qualifikationsbezogenen Zusatzvolumen bei Selektivverträgen

Die Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen und qualifikationsbezogenen Zusatzvolumen bei Abschluss von Selektivverträgen erfolgt gemäß den Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses.

§ 9

Konvergenzphase

Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen wird das nachfolgende Verfahren auf der Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses Teil F Abschnitt II. mit Wirkung bis zum 30.09.2011 vereinbart.

- (1) Es wird entsprechend den Vorgaben des Beschlusses vom 26.03.2010 das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen ermittelt.
- (2) Weiterhin wird dasjenige versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen ermittelt, das in dem entsprechenden Vergleichsquartal des Jahres 2007 dem jeweiligen Versorgungsbereich nach Aufteilung der Gesamtvergütung zur Verfügung stand.

- (3) Die Differenz des zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumens (Subtraktion aus Absatz 1 und 2) wird nach den Berechnungsvorgaben des Beschlusses vom 26.03.2010 auf die einzelnen Arztgruppen gemäß Anlage 4 der Honorarvereinbarung aufgeteilt.
- (4) Das nach Absatz 2 ermittelte Vergütungsvolumen wird auf Basis des prozentualen Anteils des Leistungsbedarfs der einzelnen Arztgruppen des entsprechenden Vergleichsquartals 2007 gemäß Anlage 4 der Honorarvereinbarung auf die einzelnen Arztgruppen verteilt.
- (5) Die Addition der Ergebnisse unter den Absätzen 3 und 4 bildet das jeweilige arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen.
- (6) Soweit das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen nach Absatz 5 grundsätzlich um mehr als 25 Prozent negativ vom arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen abweicht, wie es sich nach den Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010 ergibt, erfolgt der Ausgleich aus den versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen gemäß Beschluss Nr. 5 des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 23. Sitzung vom 05./11.10.2010, geändert durch die 25. Sitzung vom 24.11.2010. Hierüber verständigen sich die Vertragspartner vor der Zuweisung für das nächstfolgende Quartal.
- (7) Das jeweilige für das betreffende Quartal 2007 zur Verfügung stehende Verteilungsvolumen gemäß Absatz 2 wird quartalsweise um 20 % angeglichen. Dieses Volumen wird bei der Aufteilung auf die Arztgruppen gemäß Anlage 4 der Honorarvereinbarung entsprechend den Vorgaben des Beschlusses vom 26.03.2010 nach Absatz 3 mitberücksichtigt.

§ 9 a

Maßnahmen zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften gemäß Abschnitt II, Nr. 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 261. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Im Zusammenhang mit der Umsetzung der Maßnahmen zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften gemäß Abschnitt I, Nr. 1.3.1, Buchst. c) vereinbaren die Vertragspartner, den Sachverhalt zu prüfen und ggf. Maßnahmen zu ergreifen.

§ 10

Förderung/Finanzierung des organisierten Notdienstes

- (1) Für den Zeitraum ab 01.01.2011 ergibt sich die Finanzierung des organisierten Notdienstes anhand der Bestimmungen gemäß der Absätze 2 bis 5. Sie entfalten ihre Wirkung nur für am organisierten Notdienst teilnehmende Ärzte und gelten nicht für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser.
- (2) Die Vergütung des organisierten Notdienstes erfolgt aus den Honoraranteilen für den organisierten Notdienst des entsprechenden Quartals des Jahres 2009 zzgl. der gültigen Veränderungsgraten für 2010 und 2011 der gesteigerten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM ohne Vergütung für Labor gemäß Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 18. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26.03.2010, geändert durch die Beschlüsse in der 239., 242., 245. und 248. Sitzung.
- (3) Der in den o.g. Beschlüssen des Bewertungsausschusses genannte Abzug – gemäß Anhang 1 zu Anlage 4 Schritt 19. – ist entsprechend anzupassen.

- (4) Die Abrechnung der im organisierten Notdienst angefallenen Leistungen erfolgt gegenüber den Krankenkassen auf der Basis des EBM.
- (5) Arztseitig werden die Leistungen im organisierten Notdienst als Pauschalen vergütet. Die von der KV Thüringen ermittelten Pauschalen sind zur Information in der **Anlage 9** ausgewiesen.

§ 11 Rückstellungen

Da die in den Versorgungsbereichen integrierten Rückstellungen - gemäß des Beschlusses Nr. 5 des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 23. Sitzung vom 05./11.10.2010, geändert durch die 25. Sitzung vom 24.11.2010 - 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.

§ 12 Haftungsbeschränkung

Die KV Thüringen stellt die Krankenkassen im Falle von Honorarstreitigkeiten, die durch die Umsetzung der Regelungen dieser Vereinbarung begründet sind, vollständig von der Haftung frei. Eine Nachschusspflicht seitens der Krankenkassen ist – vorbehaltlich einer abweichenden höchstrichterlichen Rechtsprechung zu den Beschlüssen des (E)BA oder eigenständiger rückwirkender Beschlussänderungen durch den (E)BA- ausgeschlossen.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 25.08.2011

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte
- Landesvertretung Thüringen -

gez. IKK classic

gez. Krankenkasse für Gartenbau, handelnd für
die Landwirtschaftliche Krankenversicherung

gez. Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

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

**Protokollnotiz zur
Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in
Thüringen für das Jahr 2011**

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 2011 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 sowie der MGV je Quartal für das Jahr 2011

Krankenkasse:

VKNR:

I. Berechnung und Festlegung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs je Versicherten

1. Behandlungsbedarf je Versicherten des Jahres 2010 BB 2010 je Versicherter

2. Bereinigung des BB je Versicherten wegen Einführung der Balneophototherapie

BB Bereinigung Balneo 2007 Versicherte 2007 BB Bereinigung Balneo 2007 je Versicherten

/ =

3. bereinigter Behandlungsbedarf je Versicherten 2010 wg. Einführung Balneophototherapie

BB 2010 je Versicherter BB Bereinigung Balneo 2007 je Versicherten BB 2010 je Vers. bereinigt Balneo

- =

4. Kassenspezifischer Behandlungsbedarf je Versicherten des Jahres 2011

BB 2010 je Vers. bereinigt Balneo Anpassungsfaktor des BB BB 2011 je Vers.

x =

II. Berechnung und Festlegung der kassenspezifischen MGV je Quartal 2011

1. BB 2011 je Vers. BB 2011 je Vers. je Quartal

/ =

2. BB 2011 je Vers. je Quartal Versicherte BB je Quartal

x =

3. BB je Quartal Regionaler Punktwert MGV je Quartal

x =

**Anlage 1b Berechnung und Festlegung des gewichteten kassenspezifischen
Behandlungsbedarfs je Versicherten aufgrund von Fusionen**

Krankenkasse:

VKNR:

Zusammensetzung der Fusion:

Aufnehmender Kostenträger:

Fusionskette:

VKNR	BB 2011 je Versicherten	BB 2011 je Vers. je Quartal	aktuelle Versicherten	gewicht. BB 2011 je Vers. je Quartal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>				<input type="text"/>

Anlage 2 Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- (1) Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden 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 grundsätzlich mit dem gemäß Teil 2 § 1 anzuwendenden regionalen Punktwert vergütet. Die Regelungen zu den Begrenzungen der Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach Teil 3A sind zu berücksichtigen.

1	Belegärztliche Leistungen	Kapitel 36 EBM sowie GOP 13311, 17370 und GOP 08410 bis 08416 bei belegärztlicher Erbringung
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	Abschnitt 8.5 (ohne 08520 und 08521) 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, 32614, 32618, 32660, 32781, 33043, 33044, 33090, 36272, 36503 und 36822 EBM 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.
8	Substitutionsbehandlung und Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger	GOP 01950 bis 01952 sowie GOP 01955 und 01956
9	Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37 b SGB V	Abschnitt 40.17 EBM GOP 40860 und 40862 (bis 31.03.2011), EBM GOP 01425 und 01426 (ab 01.04.2011)

10	ärztlich angeordnete Hilfeleistungen	Abschnitt 40.18 EBM GOP 40870 und 40872
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	Abschnitt 13.3.6 EBM GOP 13622
13	Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen	Abschnitt 32.2.8 EBM GOP 32880, 32881, 32882
14	Dialysesachkosten	Abschnitt 40.14 EBM
15	Balneophototherapie	Abschnitt 10.3 EBM GOP 10350
16	Varicella-Zoster-Virus Antikörper- Nachweis bei ungeklärter Immunitätslage im Rahmen der Empfängnisregelung	Abschnitt 1.7.5 EBM GOP 01833
17	Pauschale für PET gemäß Durchführungsempfehlung ggf. mit quantitativer Auswertung sowie der Kosten für das Radionuklid einschließlich Transportkosten	GOP 88738 (bis 30.06.2011)

- (2) Die KV Thüringen übermittelt quartalsweise den Vertragspartnern eine Aufstellung der Ärzte mit entsprechenden Abrechnungsgenehmigungen der Nrn. 8, 10 bis 12 sowie der Nr. 15 nach Abs. 1 in maschinenlesbarer Form (csv-Format).
- (3) Abweichend von Absatz 1 verständigen sich die Vertragspartner, für die Leistungen des Mammographie-Screenings gemäß Abschnitt 1.7.3 EBM die bisherige Vergütungshöhe und -systematik des Jahres 2010 für das Jahr 2011 unter Berücksichtigung der Anpassungen der Bewertungen der GOP 01750 bis 01759 des EBM nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 245. Sitzung am 22.12.2010 beizubehalten.

Anlage 3 Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen

	Abr.-Nr.	Pauschale
Sachkosten Cergem	99250	52,87 €
Sachkosten für Linsenimplantate bei Kataraktoperationen		
für PMMA-Linsen	99401	120,00 €
für Silicon-Implantate	99402	150,00 €
für Acryl-Implantate	99403	180,00 €
für Hyaluronsäure-Präparate	99404	40,00 €
für Methylzellulose-Präparate	99405	12,00 €
Sachkosten für LDL-Apherese	99700	1.022,58 €
Sachkosten für suprapubische Katheter	99920	22,00 €
Sachkosten für doppellumige Ovarial-Biopsienadeln	99921	55,10 €
Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der sozialpsychiatrischen Behandlung	88895	
(Das Nähere regeln die Vertragspartner in einer Ergänzungsvereinbarung.)		
Onkologie-Vereinbarung		
Versorgungsebene Eins		
Behandlung florider Hämoblastosen	96500	15,00 €
Behandlung solider Tumore unter tumorspezifischer Therapie, Zusatzangaben erforderlich	96501	15,00 €
Intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie	96502	20,00 €
Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie	96507	10,00 €
Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie ab 2 Stunden	96508	25,00 €
Versorgungsebene Zwei		
Intravasale zytostatische Tumorthherapie, Zusatzangaben erforderlich	96503	160,00 €
Behandlung einer laboratoriumsmed. o. histologisch / zytologisch gesicherten onkologischen Systemerkrankung	96504	15,00 €
Orale zytostatische Chemotherapie, Zusatzangaben erforderlich	96505	60,00 €
Gabe von Bluttransfusionen oder Gabe von Thrombozytenkonzentraten	96506	40,00 €

		Abr.- Nr.	Pauschale
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 €
Pauschale für 1. Besuch nach amb. OP über 10 km am Tag	7.00 bis 19.00 Uhr	97340	12,80 €
Pauschale für 1. Besuch nach amb. OP über 10 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97341	17,80 €

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

Sonderregelungen Pauschalen für Notfallambulanzen

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

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	5,75 €
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			
Masern (Erwachsene)	89113			5,75 €
Meningokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung) 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 (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	5,75 €
Poliomyelitis Sonstige Indikationen	89122 A	89122 B	89122R**	
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		

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		8,60 €
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 und 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 €
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

Abrechnung von Sachkosten gegen Vorlage der Rechnung (siehe auch § 44 Abs. 5 BMV-Ä sowie § 13 Abs. 5 EKV)

(1) Sachkosten,

- die nicht unter die entsprechende Allgemeine Bestimmung des EBM (= mit Gebühr abgegolten) fallen,
- nicht als Sprechstundenbedarf laut Sprechstundenbedarfsvereinbarung bezogen werden können,
- 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:

- Herzschrittmacher,
- Herniennetze,
- Tränenangsröhrchen / Hydrogel Plug (Form Fit),
- Arthroskopie-Implantate,
- medikamentenbeschichtete Stents,
- Portsysteme.

Diese Sachkosten sind versichertenbezogen bei der zuständigen Krankenkasse mittels Sachkostenformular (**Anlage 10**) und der Originalrechnung (mit Stempel und Unterschrift des Arztes) in Rechnung zu stellen.

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

- (3) Der Vertragsarzt wählt die gesondert berechnungsfähigen Materialien unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus.
- (4) Aus den eingereichten Rechnungen muss der Name des Herstellers bzw. des Lieferanten und die Artikelbezeichnung bzw. Artikelnummer hervorgehen.
- (5) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3% weiterzugeben.
- (6) Der Vertragsarzt bestätigt dies durch seine Unterschrift gegenüber der rechnungsbegleichenden Stelle.
- (7) Ab dem 3. Quartal 2007 bis zum 4. Quartal 2009 erfolgt eine Vergütung der Sachkosten durch die Krankenkassen, die im Zusammenhang mit der GOP 99205 von der KV Thüringen

in Abrechnung gebracht wurden, in Höhe von 70 Prozent unter Verzicht auf die einzelfallbezogenen Nachweise. Sofern eine Überzahlung erfolgte, wird der zu viel geleistete Betrag im Rahmen der Endabrechnung des 2. Quartals 2011 erstattet.

- (8) Für den Zeitraum vom 1. Quartal 2010 bis 3. Quartal 2011 erfolgt die Ausweisung der nach Abs. 1 und Abs. 2 abgerechneten Sachkosten 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).
- (9) Ab dem 4. Quartal 2011 erfolgt die Ausweisung der nach Abs. 1 abgerechneten Sachkosten 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 4 Für Regelleistungsvolumen relevante Arztgruppen

- 1) Fachärzte für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten ohne so genannte KO-Leistungen (Leistungen des Kapitels 5 bis 27 EBM)
- 2) Fachärzte für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten mit so genannten KO-Leistungen (Leistungen des Kapitels 5 bis 27 EBM)
- 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,
- 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

- 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)
- 27) Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie und Fachärzte für Radiologie
- 28) Fachärzte für Urologie
- 29) Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM
- 30) Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin
- 31) Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie

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
- RLV-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 RLV-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 RLV-Fallzahl des

Antragstellers mit den RLV-Fallzahlen der Fachgruppe des Planungsbereiches und den RLV-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 RLV-Fallzahlen der Fachgruppe des Planungsbereiches erreichen und die RLV-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 RLV-Fallzahl des Antragsstellers gegenüber der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Fachgruppe des Planungsbereichs.

2. Vertragsärzte, die im Aufsatzquartal unverschuldet vorübergehend oder eingeschränkt nicht vertragsärztlich tätig waren, z. B. Krankheit, Ruhen, etc., was zu einer niedrigeren RLV-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 RLV-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 RLV-Fallzahl zur Bestimmung des Regelleistungsvolumens des entsprechenden Abrechnungsquartales berücksichtigt. Die Erhöhung erfolgt individuell.

- Praxisübernahme

Praxisnachfolger werden grundsätzlich wie neu niedergelassene Vertragsärzte behandelt. Für Praxisnachfolger gelten die Regelungen in Teil 4, § 3 Abs. 4 entsprechend. Auf Antrag des Praxisnachfolgers kann die vorgenannte 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 RLV-Fallzahl des Praxisvorgängers zuerkannt.

- Auflösung einer Berufsausübungsgemeinschaft wegen Trennung oder Verzicht eines Partners

Bei Auflösung einer Berufsausübungsgemeinschaft gelten die Regelungen in Teil 4, § 3 Abs. 5 entsprechend.

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 RLV-Fallzahlen der ehemaligen Praxis.

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

Anlage 6 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

1. Auf Antrag des Arztes kann die KV Thüringen einen Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten gewähren.
2. Von einem überproportionalen Honorarverlust ist auszugehen, wenn das festgestellte Honorar eines Quartals des Jahres 2011 insgesamt um mehr als 15 % gegenüber dem vergleichbaren Abrechnungsquartal des Jahres 2008 rückläufig ist.
3. 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.
4. Von einem auszugleichenden Honorarverlust ist auszugehen, wenn dieser aus der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder aus der Nichtfortführung im Jahre 2011 gesamtvertraglich vereinbarten Regelungen für so genannte extrabudgetäre Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen resultiert.
5. Die Vertragspartner sind sich darin einig, dass die Feststellung, ob ein ausgleichsfähiger, überproportionaler Honorarverlust vorliegt, der KV Thüringen obliegt. Das Nähere regelt die KV Thüringen.
6. Ein überproportionaler Honorarverlust wird nicht ausgeglichen, wenn
 - die Behandlungsfallzahl einer Praxis um mehr als 15 Prozent abgesunken ist,
 - der Honorarverlust auf Krankheit, Änderung des Leistungsspektrums und ähnlichem zurückzuführen ist.
7. 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.
8. Die KV Thüringen kann den Ausgleich eines Honorarverlustes auf einzelne Leistungsbereiche beschränken.
9. Der Antrag ist durch die Praxis innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Honorarbescheides an die KV Thüringen zustellen.
10. Der zu gewährende Honorarausgleich berechnet sich aus der Differenz des Honorars des aktuellen Quartals, reduziert um die in Absatz 3 geminderten Honoraranteile und dem vergleichbaren Abrechnungsquartal des Jahres 2008, gemindert um die in Absatz 3 genannten Honoraranteile. Der Antragsteller erhält eine Ausgleichszahlung bis maximal 85 % des Honorars des vergleichbaren Abrechnungsquartals des Jahres 2008, gemindert um die in Absatz 3 genannten Honoraranteile.
11. Eine zu gewährende Ausgleichszahlung steht unter dem Vorbehalt der Rückforderung, soweit Wirtschaftlichkeits- bzw. Plausibilitätsprüfungsverfahren für das Quartal, für das der Antrag auf Ausgleichszahlungen gestellt wurde, in einem Honorarregress enden. Die Höhe der Rückforderung erfolgt grundsätzlich in der Höhe des Honorarregresses. Für den Fall, dass der Anspruch auf Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten in Folge festgestellter Honorarregresse im Vergleichszeitraum ausgeschlossen ist (Honorar ist dadurch weniger als 15 % gegenüber dem vergleichbaren Abrechnungsquartal des Jahres 2008 rückläufig), ist die gewährte Ausgleichszahlung zurück zu zahlen.

Anlage 7A Ermittlung des RLV-Vergütungsvolumens je Versorgungsbereich

Tabelle 7A Ermittlung des RLV-Vergütungsvolumens je Versorgungsbereich				
Quartal				
Sachverhalt	Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte	Tatsächliche Werte nach Quartalsabschluss	Tatsächlicher Leistungsbedarf	Quotierungsgrad nach Quartalsabschluss
	Euro	Euro		
1	2	3	4	5
Vereinbarte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) in Euro				
Abzug Vergütung für Psychotherapie von Ärzten aus Arztgruppen in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V nach Abschnitt 35.2 EBM in Euro				
Abzug für die Auswirkungen GKV-OrgWG (0,1722 %) in Euro				
Abzug für Leistungen und laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32 (ohne GOP 32001) und für Konsiliar- und Grundpauschale für Laborärzte (GOP 12210 und 12220) und Ermächtigte Laborärzte (GOP 01320)				
Abzug für GOP 32001 für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32				
Abzug für Leistungen im organisierten Notfalldienst				
Abzug der Teilvergütung gemäß Beschluss Teil B, 3.3				
Trennungsrelevantes versorgungsbereichsübergreifendes Verteilungsvolumen in Euro				
Anteil hausärztlicher Versorgungsbereich in Prozent				
Anteil fachärztlicher Versorgungsbereich in Prozent				
RLV-Vergütungsvolumen hausärztlicher Versorgungsbereich in Euro				
RLV-Vergütungsvolumen fachärztlicher Versorgungsbereich in Euro				

Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen
mit Wirkung für das Jahr 2011

Anlage 7B Höhe der Abzüge im hausärztlichen Versorgungsbereich

Tabelle 7B Höhe der Abzüge im hausärztlichen Versorgungsbereich				
Quartal				
Sachverhalt	Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte	Tatsächliche Werte nach Quartalsabschluss	Tatsächlicher Leistungsbedarf	Quotierungsgrad nach Quartalsabschluss
1	Euro 2	Euro 3	4	5
Rückstellungen für die Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte				
Rückstellungen für Sicherstellungsaufgaben				
Rückstellungen für überproportionale Honorarverluste				
Rückstellungen für Praxisbesonderheiten				
FKZ-Saldo				
Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte Kostenpauschalen des Kapitels 40				
zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten				
2% des vorläufigen Verteilungsvolumens des hausärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen				
Bereinigungsvolumen aufgrund von Selektivverträgen				
Humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchung				
zu erwartende Vergütung für die GOP 01410, 01413, 01415 (ab 01.04.2011)				
zu erwartende Zahlungen für ermächtigte Ärzte und Einrichtungen ohne RLV				
zu erwartende Zahlungen für Zuschlag zur ambulanten Behandlung von Wachkoma-Patienten				
Zu erwartende Zahlungen für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen gemäß Beschluss Teil F I. Punkt 4.1 innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen				
Summe der Abzüge im hausärztlichen Versorgungsbereich				
Hausärztliches Verteilungsvolumen				
Angefordertes Vergütungsvolumen im RLV und QZV				
Abstaffelungsquote				

Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen
mit Wirkung für das Jahr 2011

Anlage 7C Höhe der Abzüge im fachärztlichen Versorgungsbereich

Tabelle 7C Höhe der Abzüge im fachärztlichen Versorgungsbereich				
Quartal				
Sachverhalt	Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte	Tatsächliche Werte nach Quartalsabschluss	Tatsächlicher Leistungsbedarf	Quotierungsgrad nach Quartalsabschluss
	Euro	Euro		
1	2	3	4	5
Rückstellungen für die Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte				
Rückstellungen für Sicherstellungsaufgaben				
Rückstellungen für überproportionale Honorarverluste				
Rückstellungen für Praxisbesonderheiten				
FKZ-Saldo				
Pathologische Leistungen des Kapitels 19 bei Überweisungsfällen zur Durchführung von Probenuntersuchungen				
Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte Kostenpauschalen des Kapitels 40				
zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten				
2% des vorläufigen Verteilungsvolumens des fachärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen				
Bereinigungsvolumen aufgrund von Selektivverträgen				
Humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchung				
zu erwartende Vergütung für die GOP 01410, 01413, 01415 (ab 01.04.2011)				
zu erwartende Zahlungen für ermächtigte Ärzte und Einrichtungen ohne RLV				
zu erwartende Zahlungen für Zuschlag zur ambulanten Behandlung von Wachkoma-Patienten				
Zu erwartende Zahlungen für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen gemäß Beschluss Teil F I. Punkt 4.1 innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen				
Zu erwartende Zahlungen für Leistungen der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser				
Summe der Abzüge im fachärztlichen Versorgungsbereich				
fachärztliches Verteilungsvolumen	Seite 43 von 61			
Angefordertes Vergütungsvolumen im RLV und QZV				
Abstaffelungsquote				

Anlage 7D - Ermittlung der RLV-Fallwerte für die Facharztgruppen Nr. 24 und 27

Honorarvolumen		
24	Fachärzte für Nuklearmedizin	- €
27	Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie und Fachärzte für Radiologie	- €
gesamt Honorarvolumen Radiologen		7.000.000,00 €

RLV-Fallzahlen gemäß Teil F Punkt 2.3 des Vorjahresquartals		
	konventionelle Radiologie / Nuklearmedizin	
	CT-Leistungen gemäß Kapitel 34.3 EBM	
	CT-gesteuerte Interventionen gemäß GOP 34502 EBM	
	MRT-Leistungen gemäß Kapitel 34.4 EBM ohne die GOP der MRT-Angiographien gemäß Kapitel 34.4.7 EBM	
	MRT-Angiographien gemäß Kapitel 34.4.7 EBM	
	Mammographien gemäß GOP 34270 bis 34273 EBM	
	Nuklearmedizinische Leistungen gemäß Kapitel 17 EBM ohne GOP 17370 bis 17373	
	Nuklearmedizinische Leistungen gemäß GOP 17370 bis 17373	
	gesamt	100.000
RLV-Gesamtfallzahl		

Nebenrechnung konventionelle Diagnostik		
	Fallwert konventionelle Diagnostik	18,50 €
	Finanzvolumen für jeden RLV-Fall konventionelle Diagnostik mit Grundfallwert	
verbleibendes Finanzvolumen		5.000.000,00 €

Leistungsbedarf des Jahres 2007			LB %-ual	anteiliges Finanzvolumen
	CT-Leistungen gemäß Kapitel 34.3 EBM			
	CT-gesteuerte Interventionen gemäß GOP 34502 EBM			
	MRT-Leistungen gemäß Kapitel 34.4 EBM ohne die GOP der MRT-Angiographien 34.4.7 EBM			
	MRT-Angiographien gemäß Kapitel 34.4.7 EBM			
	Mammographien gemäß GOP 34270 bis 34273 EBM			
	Nuklearmedizinische Leistungen gemäß Kapitel 17 EBM ohne GOP 17370 bis 17373			
	Nuklearmedizinische Leistungen gemäß GOP 17370 bis 17373			
gesamt		200.000.000,00	100,00%	5.000.000,00 €

Fallwerte		
	konventionelle Radiologie / Nuklearmedizin	18,50 €
	CT-Leistungen gemäß Kapitel 34.3 EBM	- €
	CT-gesteuerte Interventionen gemäß GOP 34502 EBM	- €
	MRT-Leistungen gemäß Kapitel 34.4 EBM ohne die GOP der MRT-Angiographien 34.4.7 EBM	- €
	MRT-Angiographien gemäß Kapitel 34.4.7 EBM	- €
	Mammographien gemäß GOP 34270 bis 34273 EBM	- €
	Nuklearmedizinische Leistungen gemäß Kapitel 17 EBM ohne GOP 17370 bis 17373	- €
	Nuklearmedizinische Leistungen gemäß GOP 17370 bis 17373	- €

Anlage 8 Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) je Arztgruppe

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten ohne so genannte KO-Leistungen (Leistungen des Kapitels 5 bis 27 EBM)	Akupunktur	30790, 30791
	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
	Chirotherapie	30200, 30201
	Dringende Besuche	01411, 01412, 01415 (bis 31.03.2011)
	Ergometrie	03321
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310
	Langzeit-Blutdruckmessung	03324
	Langzeit-EKG	03241, 03322
	Phlebologie	30500, 30501
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
	Proktologie	03331, 03332, 30600, 30601
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Sonographie III	33060, 33061, 33062	
Spirometrie	03330	
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101	
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
<p>Fachärzte für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten mit so genannten KO-Leistungen (Leistungen des Kapitels 5 bis 27 EBM)</p>	Akupunktur	30790, 30791
	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
	Chirotherapie	30200, 30201
	Dringende Besuche	01411, 01412, 01415 (bis 31.03.2011)
	Ergometrie	03321
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310
	Langzeit-Blutdruckmessung	03324
	Langzeit-EKG	03241, 03322
	Phlebologie	30500, 30501
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
	Proktologie	03331, 03332, 30600, 30601
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Sonographie III	33060, 33061, 33062	
Spirometrie	03330	
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101	
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	Allergologie (ohne Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
	Nephrologische Leistungen	04560, 04561, 04562, 04564, 04565, 04566, 04572, 04573
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33040, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33076, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33051, 33052
	Sonographie III	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031
	Spirometrie	04330

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für Anästhesiologie	Akupunktur	30790, 30791
	Dringende Besuche	01411, 01412, 01415 (bis 31.03.2011)
	Labor-Grundpauschale	12225
	Narkosen bei Geburtshilfe	05360, 05361, 05370, 05371, 05372
	Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	05330, 05331, 05340, 05341, 05350
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Schwangerschaftsabbruch	01903, 01910, 01913
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für Augenheilkunde	stationärer LB außerhalb Kap. 36	

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für Frauenheilkunde	Geburtshilfe	08231
	Inkontinenzbehandlung	08310, 08311
	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	08320, 33041
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Reproduktionsmedizin	08230
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Zytologie	19310 bis 19312, 19331
	stationärer LB außerhalb Kap. 36	
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung (ab 01.10.2010)	01510, 01511, 01512	

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für Hals-Nasen- Ohren-Heilkunde	stationärer LB außerhalb Kap. 36	

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	stationärer LB außerhalb Kap. 36	

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Akupunktur	30790, 30791
	Dringende Besuche	01411, 01412, 01415 (bis 31.03.2011)
	Labor-Grundpauschale	12225
	Langzeit-EKG	13252, 13253
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie zu erkennen an der Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13300 – 13311	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287
	Invasive Kardiologie	01520, 01521, 34291, 34292
	Kontrolle Herzschrittmacher	13552
	Langzeit-EKG	13253
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie, zu erkennen an der Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13350	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Dringende Besuche	01411, 01412, 01415 (bis 31.03.2011)
	Kontrolle Herzschrittmacher	13552
	Labor-Grundpauschale	12225
	Osteodensitometrie	34600
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33072, 33073, 33075, 33076
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie, zu erkennen an der Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13500 – 13502	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung (ab 01.10.2010)	01510, 01511, 01512

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte, zu erkennen an der Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13650 – 13670	Bronchoskopie	13662, 13663, 13664, 13670
	Polysomnographie	30901
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
	Allergologie (ab 01.10.2010)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Hyposensibilierungs- Behandlung (ab 01.10.2010)	30130
	Sonographie (ab 01.10.2010)	33040, 33042
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren (ab 01.10.2010)	35100, 35110, 35111, 35113, 35120

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie, zu erkennen an der Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13700 – 13701	Akupunktur	30790, 30791
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
	Osteodensitometrie	34600

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie, zu erkennen an der Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13600 – 13621	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35111, 35112, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für Neurologie	Kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung (ab 01.10.2011)	16230
	Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems (ab 01.10.2011)	16233
	Neurophysiologische Untersuchung (ab 01.10.2011)	16321
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für Orthopädie	Akupunktur	30790, 30791
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Chirotherapie	30200, 30201
	Osteodensitometrie	34600
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
	Verordnung medizinischer Rehabilitation stationärer LB außerhalb Kap. 36	01611

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
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)	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35111, 35112, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für Urologie	Infusion von Zytostatika	02101
	Transfusionen	02110, 02111, 02112
	Inkontinenzbehandlung	26312, 26313
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Proktologie	30600, 30601, 30610, 30611
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie III	33062
	Stoßwellenlithotripsie	26330
	Teilradiologie	34243, 34245, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280
	Zytologie stationärer LB außerhalb Kap. 36	19310, 19311, 19312

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin	Akupunktur	30790, 30791
	Chirotherapie	30200, 30201
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431
	Psychotherapie	35100, 35110, 35111, 35113, 35150, 35200, 35201
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Dringende Besuche	01411, 01412, 01415 (bis 31.03.2011)
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
	Labor-Grundpauschale	12225
	Otoakustische Emissionen	20324, 20327, 20340
	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
	Phoniatrie, Pädaudiologie	20330, 20331, 20332, 20333, 20335, 20336
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme stationärer LB außerhalb Kap. 36	01100, 01101, 01102

Anlage 9 Pauschalen im organisierten Notdienst gemäß § 10 Abs. 4

Fachärztlicher Notdienst

- Pauschale für Behandlung des eigenen Patienten 15,00 €
- Pauschale für Behandlung eines fremden Patienten 35,00 €

Allgemeiner ärztlicher Notdienst

- Pauschale für den Zeitraum von 7.00 Uhr bis 24.00 Uhr je Stunde 35,00 €
- Pauschale für den Zeitraum von 0.00 Uhr bis 7.00 Uhr je Stunde 20,00 €

- Pauschale pro Arzt-Patienten-Kontakt (Sitzdienst) 7,50 €
- Pauschale pro Arzt-Patienten-Kontakt (Fahrdienst 7.00 Uhr bis 24 Uhr) 25,00 €
- Pauschale pro Arzt-Patienten-Kontakt (Fahrdienst 0.00 Uhr bis 7.00 Uhr) 35,00 €

Anlage 10 Sachkostenformular

↑ Platz für den Ausdruck der Patientendaten

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

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

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

Unfallfolgen * Arbeitsunfall * BVG *

* = ggf. anzukreuzen

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

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

Datum

Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

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

Datum

Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Anlage 11 Interventionsregelung gemäß Teil 3A, § 1 Abs. 2, Buchst. f

1. Quotierungsgrad von 95 % und höher über alle Leistungsbereiche (Buchst. f Nr. 1)

Leistungs- bereich	Ausgabenobergrenze je Quartal (Soll)	rechnerisches Ausgabenvolumen je Quartal (Ist)	rechnerischer Quotierungsgrad je Leistungsbereich		Auszahlung 2011 je Quartal	Auszahlungs- quote
a	41.000.000,00 €	43.000.000,00 €	95,35%		41.224.471,60 €	95,87%
b	1.100.000,00 €	1.150.000,00 €	95,65%		1.102.514,94 €	95,87%
c	200.000,00 €	150.000,00 €	133,33%		143.806,30 €	95,87%
d	50.000,00 €	52.000,00 €	96,15%		49.852,85 €	95,87%
e	250.000,00 €	200.000,00 €	125,00%		191.741,73 €	95,87%
f	400.000,00 €	300.000,00 €	133,33%		287.612,59 €	95,87%
gesamt	43.000.000,00 €	44.852.000,00 €	95,87%		43.000.000,00 €	

2. Quotierungsgrad weniger als 95 % über alle Leistungsbereiche (Buchst. f Nr. 2)

Leistungs- bereich	Ausgabenobergrenze je Quartal (Soll)	rechnerisches Ausgabenvolumen je Quartal (Ist)	rechnerischer Quotierungsgrad je Leistungsbereich	Interventionsvolumen gemäß 2.1	rechnerisches Ausgabenvolumen (Ist) bei Quotierungsgrad < 95%	Auszahlung 2011 je Quartal	Auszahlungs- quote
a	41.000.000,00 €	44.000.000,00 €	93,18%	- €	44.000.000,00 €	41.224.415,70 €	93,69%
b	1.100.000,00 €	1.150.000,00 €	95,65%	1.092.500,00 €	- €	1.092.500,00 €	95,00%
c	200.000,00 €	150.000,00 €	133,33%	142.500,00 €	- €	142.500,00 €	95,00%
d	50.000,00 €	70.000,00 €	71,43%	- €	70.000,00 €	65.584,30 €	93,69%
e	250.000,00 €	200.000,00 €	125,00%	190.000,00 €	- €	190.000,00 €	95,00%
f	400.000,00 €	300.000,00 €	133,33%	285.000,00 €	- €	285.000,00 €	95,00%
gesamt	43.000.000,00 €	45.870.000,00 €	93,74%	1.710.000,00 €	44.070.000,00 €	43.000.000,00 €	

93,69%

Nebenrechnungen zu 2.

2.1 Ermittlung der Interventionsvolumen

bei rechnerischer Quotierung $\geq 95\%$

Leistungs- bereich	rechnerisches Ausgabenvolumen je Quartal (Ist)	x 95 %
b	1.150.000,00 €	1.092.500,00 €
c	150.000,00 €	142.500,00 €
e	200.000,00 €	190.000,00 €
f	300.000,00 €	285.000,00 €
gesamt	1.800.000,00 €	1.710.000,00 €

2.2 Ermittlung der Quotierung

bei rechnerischer Quotierung < 95 %

Leistungs- bereich	rechnerisches Ausgabenvolumen je Quartal (Ist)	Ausgabenobergrenze nach Abzug der Interventionsvolumen	Quotierung
a	44.000.000,00 €	(43.000.000 € -	
d	70.000,00 €	1.710.000 €)	
gesamt	44.070.000,00 €	41.290.000,00 €	93,69%