

Auf der Grundlage der Regelungen des GKV-
Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) insbesondere der §§ 87 bis
87d SGB V und den Empfehlungen des Bewertungsausschusses

wird die

**Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der
vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr
2012**

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)
- DAK-Gesundheit
- 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
1. Protokollnotiz - Ergänzende Regelungen zur Honorarverteilung
 2. Protokollnotiz - Mehrkostenregelung gemäß § 33 Abs. 9 SGB V

Anlagen

- Anlage 1 a Berechnung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2012
- Anlage 1 b Berechnung des Anteils zur Bereinigung der belegärztlichen Begleitleistungen vom kassenspezifischen Behandlungsbedarf je Versicherten in 2012
- Anlage 1 c Berechnung des gewichteten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs je Versicherten aufgrund von Fusionen
- Anlage 2 Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
- Anlage 3 Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen
- Anlagen 3 a – f Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen
- Anlage 4 Sachkostenformular

Teil 1

Allgemeine Grundsätze

Präambel

- (1) Auf der Basis der Neuordnung der vertragsärztlichen Versorgung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) und die Änderungen des zum 01.01.2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) sowie der tangierenden Beschlüsse/Empfehlungen des Bewertungsausschusses vereinbaren die oben genannten Vertragspartner nachfolgende Vergütungsregelung für die vertragsärztliche Versorgung. Diese gemeinsam und einheitlich geschlossene Vereinbarung ersetzt die kassenverbandsspezifischen – zumeist als Anlage 1 zu den Gesamtverträgen nach § 83 SGB V – Vergütungsregelungen.
- (2) Die Gesamtverträge nach § 83 SGB V sind gesondert anzupassen.

§ 1

Geltungsdauer

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2012 in Kraft und endet am 31.12.2012, 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 i. V. m. § 87d Abs. 1 SGB V wird in der Höhe wie 2011 vereinbart.
- (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 des Punktwertes nach § 1 und der jeweiligen Leistungsbewertung in Punkten.
- (2) Die Preise für in Punkten bewertete Leistungen werden in einer regionalen Euro-Gebührenordnung abgebildet.
- (3) In Euro ausgewiesene Leistungen sollen grundsätzlich in der im EBM festgelegten Höhe vergütet werden.
- (4) Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (EGV) werden grundsätzlich nach den Preisen der regionalen Gebührenordnung vergütet.
- (5) Sofern zwischen den Partnern der Gesamtverträge Leistungen vereinbart werden, welche nicht im EBM enthalten sind, werden diese Leistungen mit den jeweils vereinbarten Preisen vergütet. Die Preise werden als besondere regionale Gebührenordnungspositionen in die regionale Euro-Gebührenordnung einbezogen.

§ 3

Bekanntmachung

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

Teil 3

Berechnung der Gesamtvergütung in Thüringen

§ 1

Grundsätze

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

§ 2

Festsetzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- (1) Die Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) erfolgt gemäß § 87a Abs. 3 i. V. m. § 87d Abs. 2 SGB V.
- (2) Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Krankenkasse wird wie folgt ermittelt:
 - a) Basis für die Berechnungen bildet der für das Jahr 2011 festgesetzte von Selektivverträgen unbereinigte Behandlungsbedarf je Versicherten einer Krankenkasse gemäß **Anlage 1 a** der Vereinbarung des Jahres 2011.
 - b) Der Behandlungsbedarf nach Buchstabe a) wird bereinigt um die belegärztlichen Begleitleistungen auf der Basis 2008 (bereichseigene und bereichsfremde Leistungen) – inkl. der Anpassungen des Behandlungsbedarfs um die Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2009 bis 2011. Die Berechnung erfolgt gemäß **Anlage 1 b**.
 - c) Der Behandlungsbedarf nach Buchstabe b) wird - gemäß der Durchführungsempfehlung des Bewertungsausschusses in seiner 266. Sitzung vom 14. Dezember 2011 zur Finanzierung der Leistungen im Zusammenhang mit der Aufnahme einer Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit MRSA - mit Wirkung für die Quartale 2/2012 bis 1/2013 je Quartal um 0,455 Punkte je Versicherten bereinigt.
 - d) Der bereinigte Behandlungsbedarf je Versicherten einer Krankenkasse nach Buchst. b) bzw. ab 01.04.2012 nach Buchst. c) wird für das Jahr 2012 um 1,25 vom Hundert gemäß § 87d Abs. 2 SGB V erhöht.
 - e) Die Details der Berechnungen sind in Anlage 1 a geregelt. Der so ermittelte Behandlungsbedarf aus Anlage 1 a wird kassenindividuell berechnet und abgestimmt.
 - f) Der Behandlungsbedarf wird in vier Stellen hinter dem Komma errechnet und mit vier Stellen hinter dem Komma ausgewiesen.
- (3) Der ermittelte Behandlungsbedarf je Versicherten einer Krankenkasse eines Jahres wird gemäß Anlage 1 a 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 der jeweils gültigen Satzart und dem vereinbarten regionalen Punktwert nach Teil 2 § 1 Abs. 2.

- (5) Die so ermittelte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird den jeweiligen Krankenkassen vor Berechnung des zu erwartenden Honorars gemäß Anlage 1 a mitgeteilt.
- (6) Nach Vorlage der Zahl der Versicherten des jeweiligen Quartals des Jahres 2012 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 1 c** 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 2011 kein Leistungsbedarf und keine Versicherten zur Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2012 vorliegen und für die im Jahr 2012 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 Behandlungsbedarfs 2012 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 2012.
- (10) Bei Abschluss von Selektivverträgen und entsprechendem Beitritt der Versicherten erfolgt die Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs gemäß den aktuell gültigen Beschlüssen des Bewertungsausschusses.

§ 3

Nicht vorhersehbarer morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf

Eine Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2012 erfolgt nach § 87d Abs. 2 Satz 4 SGB V 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 3 a – 3 f** (Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen) werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet und bis zur Ebene 6 im Formblatt 3 ausgewiesen.

§ 5

Anrechnung von Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen

Ausgaben der Krankenkassen für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 SGB V und nach § 53 Abs. 4 SGB V sind auf die 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 (Leistungsbedarf lt. regionaler Euro-Gebührenordnung in Euro) festgelegt.
- (3) Auf Grund der geänderten Vergütungssystematik der belegärztlichen Begleitleistungen (außerhalb Kapitel 36 EBM) und der damit verbundenen Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt keine Anpassung der Abschlagsmodalitäten für das Jahr 2012.
- (4) Für Krankenkassen, bei denen die Abforderung den Betrag von 2.000 EURO nicht übersteigt, erfolgt keine Abforderung von Abschlagszahlungen.

§ 7

Quartalsbezogene Endabrechnung

- (1) Durch die KV Thüringen erfolgt eine quartalsbezogene kassenindividuelle Endabrechnung für die tatsächlich erbrachten vertragsärztlichen Leistungen für bereichseigene und bereichsfremde Ärzte.
- (2) Durch die Krankenkassen zuviel geleistete Abschlagszahlungen sind den jeweiligen Krankenkassen innerhalb einer Frist von 10 Arbeitstagen zurückzuzahlen.
- (3) Die Restzahlungen sind innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der 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.
- (4) Für die Abrechnung der Leistungen gelten die Formblatt-3-Inhaltsbeschreibungen.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 08.05.2012

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte
- Landesvertretung Thüringen -

gez. IKK classic

gez. Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd für
die Landwirtschaftliche Krankenversicherung

gez. Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

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

1. Protokollnotiz

Ergänzende Regelungen zur Honorarverteilung

Die Vertragspartner vereinbaren folgende Regelungen im Zusammenhang mit der Honorarverteilung gemäß § 87b SGB V durch die KV Thüringen:

§ 1

Vergütung der ambulanten Behandlung der Wachkoma-Patienten

- (1) Für die ambulante Behandlung von Wachkomapatienten wird eine zusätzliche Aufwandspauschale in Höhe von 150,00 € je Wachkoma-Patient im Quartal gezahlt (Abr.-Nr. 99210).
- (2) Diese Aufwandspauschale ist neben den regulären GO-Positionen des EBM abrechenbar. Die Aufwandspauschale ist Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und finanzneutral für die Krankenkassen.

§ 2

Grundsätze für das Verfahren der Benehmensherstellung

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

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

2. Protokollnotiz

Mehrkostenregelung gemäß § 33 Abs. 9 SGB V

Die Vertragspartner sind sich einig, die bundeseinheitliche Regelung ab Inkrafttreten zu übernehmen. Für den Übergangszeitraum verständigen sich die Vertragspartner in Einzelfällen zu deren Umsetzung.

Anlage 1 a

Berechnung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2012

Krankenkasse: Musterkasse
VKNR: 99999

	I. Quartal	II. Quartal	III. Quartal	IV. Quartal	Summe
unbereinigter (im Sinne von Selektivverträgen), vereinbarter BB je Versicherten des Jahres 2011	1.916,7500	1.916,7500	1.916,7500	1.916,7500	7.667,0000
./. Bereinigung BB je Versicherten um belegärztliche Begleitleistungen auf Basis 2008 gemäß Anlage 1 b	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
./. Bereinigung BB je Versicherten gemäß Durchführungsempfehlung zu MRSA ab 2/12		0,4550	0,4550	0,4550	1,3650
= kassenspezifischer BB je Versicherten des Jahres 2012 inkl. Anpassungsfaktor (1,25%) gemäß § 87d Abs. 2 SGB V	1.940,7094	1.940,2487	1.940,2487	1.940,2487	7.761,4555
x Versicherte	1.259	1.260	1.375	1.370	1.316
= kassenspezifischer BB des Jahres 2012	2.443.353,1346	2.444.713,3620	2.667.841,9625	2.658.140,7190	10.214.049,1781
= MGV des Jahres 2012 - berechnet mit dem regionalen Punktwert von 3,5048 €-Cent	85.634,64	85.682,31	93.502,53	93.162,52	357.982,00

Anlage 1 b

Berechnung des Anteils zur Bereinigung der belegärztlichen Begleitleistungen vom kassenspezifischen Behandlungsbedarf je Versicherten in 2012

Krankenkasse: Musterkasse
VKNR: 99999

<i>Behandlungsbedarf der belegärztlichen Begleitleistungen in 2008</i>			
	LB Pkt. in Pkt. vor HVV	LB € in Pkt. vor HVV	LB gesamt in Pkt. vor HVV
1.	1/2008	0,0	0,0
	2/2008	0,0	0,0
	3/2008	0,0	0,0
	4/2008	0,0	0,0
	Summe	0,0	0,0

<i>Behandlungsbedarf der belegärztlichen Begleitleistungen in 2008 nach Anwendung der HVV-Quote</i>			
	LB gesamt in Pkt. vor HVV	HVV-Quote	LB nach HVV
2.	0,0	x 0,9065	= 0,0000

<i>Durchschnittliche Versichertenzahl 2008</i>	
	Versicherte Ø 2008
3.	0

<i>Behandlungsbedarf der belegärztlichen Begleitleistungen in 2008 je Versicherten</i>			
	LB nach HVV	Versicherte Ø 2008	BB 2008 je Versicherten
4.	0,0000	/ 0	= 0,0000

<i>Anpassung des Behandlungsbedarfs der belegärztlichen Begleitleistungen mit der Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge für 2009</i>			
	BB 2008 je Versicherten	Morbi-Veränderungsrate	korrigierter BB 2008 je Versicherten
5.	0,0000	x 1,051	= 0,0000

<i>Anpassung des Behandlungsbedarfs der belegärztlichen Begleitleistungen um die diagnosebezogene und demographische Veränderungsrate für 2010</i>			
	korrigierter BB 2008 je Versicherten	angepasste Veränderungsrate	angepasster BB 2008 je Versicherten
6.	0,0000	x 1,016616	= 0,0000

<i>Angepasster Behandlungsbedarf der belegärztlichen Begleitleistungen aufgrund des GKV-OrgWG für 2010</i>			
	angepasster BB 2008 je Versicherten	Anpassung nach GKV-OrgWG	BB 2010 je Versicherten
7.	0,0000	x 1,003357	= 0,0000

<i>Angepasster Behandlungsbedarf der belegärztlichen Begleitleistungen um die Steigerungsrate in 2011</i>			
	BB 2010 je Versicherten	Anpassung BB gemäß § 87d Abs. 2 Sätze 2 u. 4	BB 2011 je Versicherten
8.	0,0000	x 1,039875	= 0,0000

Anlage 1 c

**Berechnung des gewichteten kassenspezifischen Behandlungsbedarfs je Versicherten
aufgrund von Fusionen**

Krankenkasse:

VKNR:

Zusammensetzung der Fusion:

Aufnehmender Kostenträger:

Fusionskette:

1.	VKNR	BB 2011 je Versicherten	x	Anzahl Versicherte letztes Quartal vor Fusion	=	BB 2011 vor Fusion
		Summe				
2.	VKNR	Summe BB 2011 vor Fusion	/	Summe Anzahl Versicherte letztes Quartal vor Fusion	=	Gewichteter BB 2011 je Versicherten nach Fusion

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.

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

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 § 37b SGB V	EBM GOP 01425 und 01426
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	Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikations-Therapie von Trägern mit MRSA	Abschnitt 87.8 EBM GOP 86770, 86772, 86774, 86776, 86778, 86780, 86781, 86782 und 86784 (ab 01.04.2012)

(2) Die KV Thüringen übermittelt quartalsweise den Vertragspartnern eine Aufstellung der Ärzte mit entsprechenden Abrechnungsgenehmigungen der Nrn. 8, 10 bis 12 sowie der Nrn. 15 und 17 nach Abs. 1 in maschinenlesbarer Form (csv-Format).

(3) Abweichend von Abs. 1 verständigen sich die Vertragspartner, für die Leistungen des Mammographie-Screenings gemäß Abschnitt 1.7.3 EBM die bisherige Vergütungshöhe und -systematik des Jahres 2011 für das Jahr 2012 unter Berücksichtigung der Anpassung der Bewertungen der GOP 01750 bis 01759 des EBM ab dem 01.04.2012 nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 263. Sitzung am 17.10.2011 (Overheadkostenanteil) 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. oder 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			Vergütung
	erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	Auffrischungsimpfung	
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 - Kinder ab dem vollendeten 2. Lebensjahr, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge angeborener oder erworbener Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion oder infolge einer chronischen Krankheit - Bei weiterbestehender Indikation (angeborene und erworbene Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion, chronische Nierenkrankheiten/nephrotisches Syndrom)	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 <u>und</u> eine Hepatitis B Impfung	89202 A	89202 B		8,60 €
Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B	89203 A	89203 B		8,60 €
3-fach-Impfungen				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (DTaP)	89300 A	89300 B		9,20 €
Masern, Mumps, Röteln (MMR) Masern, Mumps, Röteln im Erwachsenenalter bei entsprechender bestehender Indikation	89301 A 89301	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

Die Vergütungen gelten bis 30.06.2012.

Ab 01.07.2012 werden die Vergütungen der Impfungen Bestandteil der neu abzuschließenden Impfvereinbarung.

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, insbesondere:

- Herzschrittmacher,
- Herniennetze,
- Tränenangsröhrchen/Hydrogel Plug (Form Fit),
- Implantate im Rahmen von chirurgischen Eingriffen (Knochen- und Gelenkchirurgie) gemäß Anhang 2 EBM, Abschnitte 2.21 bis 2.22.8.,
- medikamentenbeschichtete Stents,
- Portsysteme.

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

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

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

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

Anlage 3 a Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

AOK PLUS

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

1.1 Arztanfragen der AOK PLUS

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

1.2 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der AOK PLUS abzurechnen.

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

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

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

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

2.2 Information über Sekundärprävention gemäß Vertrag

- Ärztliche Beratung, Information und Befürwortung der Maßnahme

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

- Abschlussuntersuchung des Arztes

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

Anlage 3 b

Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

BKK Landesverband Mitte, Landesvertretung Thüringen
--

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen BKK abzurechnen.

Anlage 3 c

Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

IKK classic

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen IKK abzurechnen.

1.2 Schulung von Diabetikern außerhalb des DMP

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

Anlage 3 d

Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

vdek, Landesvertretung Thüringen

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen Ersatzkasse abzurechnen.

Anlage 3 e

Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

Knappschaft

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der Knappschaft abzurechnen.

Anlage 3 f

Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd für die landw. Krankenversicherung
--

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der Krankenkasse für den Gartenbau abzurechnen.

Anlage 4 Sachkostenformular

↑ Platz für den Ausdruck der Patientendaten

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

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

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

Unfallfolgen * Arbeitsunfall * BVG *

* = ggf. anzukreuzen

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

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

Datum

Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

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

Datum

Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes