Auf der Grundlage des am 24.05.2013 - unter Vermittlung des Landesschiedsamtes - geschlossenen Vergleiches und den Regelungen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) insbesondere der §§ 87 bis 87c SGB V sowie den Beschlüssen/Empfehlungen des (erweiterten) Bewertungsausschusses

wird die

Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2013

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,

- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
  handelnd für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung,

- Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

und

den Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- 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 Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2013

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 (erweiterten) Bewertungsausschusses vereinbaren die oben genannten Vertragspartner (auf der Grundlage des - unter Vermittlung des Landesschiedsamtes - am 24.05.2013 geschlossenen Vergleichs) 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.

(3) Weitere Beschlüsse des (erweiterten) Bewertungsausschusses für das Jahr 2013 werden durch den Vergleich vom 24.05.2013 nicht tangiert und sind entsprechend umzusetzen.

§ 1
Geltungsdauer

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2013 in Kraft und endet am 31.12.2013, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

§ 2
Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

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

§ 3
Salvatorische Klausel

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

Teil 2
Festlegung der regionalen Euro-Gebührenordnung

§ 1
Festlegung des regionalen Punktwertes in Thüringen

(1) Der regionale Punktwert in Thüringen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V wird in Höhe des - durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) in seiner 30. Sitzung am 15./30. August 2012 zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2013 - festgelegten Orientierungswertes vereinbart.

(2) Der regionale Punktwert beträgt demnach 3,5363 €-Cent für die Zeit bis 30.09.2013.

(3) Ab 01.10.2013 ist der Punktwert von 10 €-Cent gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses (BA), 304. Sitzung anzuwenden. Das Nähere regeln die Gesamtvertragspartner zeitnah in einem Nachtrag.

§ 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
Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

(1) Rechtsgrundlage für die Ermittlung der MGV ist § 87a Abs. 3 i. V. m. Abs. 4 SGB V.

(2) Die MGV je Krankenkasse wird gemäß **Anlage 1** wie folgt ermittelt:

a) Grundlage der Vereinbarung der Behandlungsbedarfe sind gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V die vereinbarten und um selektivvertragliche Leistungen bereinigten Behandlungsbedarfe des Vorjahresquartals für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV Thüringen. Hierfür sind die Daten der jeweils geltenden Beschlüsse des Bewertungsausschusses (KASSRG87aMGV_SUM) maßgebend. Dazu werden im Vorfeld die Versichertenzahlen sowie der Behandlungsbedarf quartalsweise bilateral zwischen der KV Thüringen und den Krankenkassenverbänden abgestimmt.

b) Der Behandlungsbedarf je Vorjahresquartal nach Buchstabe a) wird bereinigt um

– die psychotherapeutischen Leistungen gemäß Abschnitt 35.2 EBM und die probatorischen Sitzungen gemäß GOP 35150 (entsprechend BA-Beschluss, 288. Sitzung),
– die schmerztherapeutischen Leistungen für ausschließlich schmerztherapeutisch tätige bereichseigene Ärzte (GOP 30700 bis 30708),
– die Narkosen bei zahnärztlichen Behandlungen von bereichseigenen Ärzten (GOP 05330, 05331, 05350),
– die Leistungen der spezifischen Immuntherapie (GOP 30130 und 30131),
– die kinderpneumologischen Leistungen (GOP 04530 – 04537),

auf der Grundlage der Bruttoleistungsmenge des Jahres 2012.

c) Der Behandlungsbedarf nach Buchstabe b) wird zusätzlich ab 01.07.2013 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung um

- die nephrologischen Leistungen gemäß Abschnitt 13.3.6 EBM und die pädiatrischen nephrologischen Leistungen gemäß Abschnitt 4.5.4 EBM sowie die pädiatrischen Versichertenpauschalen GOP 04110, 04111, 04112, 04120, 04121, 04122, (wenn in dem selben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden)

auf der Grundlage der Bruttoleistungsmenge des Vorjahresquartals bereinigt.

d) Dies ergibt den angepassten Behandlungsbedarf über alle Krankenkassen des jeweiligen Vorjahresquartals (2012).

e) Der jeweilige kassenspezifische Anteil am angepassten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals aller Krankenkassen wird ermittelt auf der Grundlage der im Vorjahresquartal für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort in Thüringen abgerechneten Leistungen (ARZTRG87aKA_IK) nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung (die im Abrechnungsquartal der MGV angehören) im Verhältnis zu den für Versicherte aller Krankenkassen mit Wohnort in Thüringen im Vorjahresquartal abgerechneten Leistungen (ARZTRG87aKA_SUM) nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung (die im Abrechnungsquartal der MGV angehören). Leistungen der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme (NVI) werden nach den Satzarten ARZTRG87aNVI abgezogen.

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

g) Dieser kassenspezifische Aufsatzwert wird korrigiert um:

- die Veränderung der kassenspezifischen Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal gegenüber dem Vorjahresquartal,

- die durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten für alle Selektivverträge im Vorjahresquartal multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenanzahl der Krankenkasse im Vorjahresquartal und

- 0,455 Punkte je Versicherten gemäß der Durchführungsempfehlung zur Finanzierung der Leistungen im Zusammenhang mit der Aufnahme einer Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit MRSA (nur für das 1. Quartal 2013).

h) Dies ergibt den korrigierten kassenspezifischen Aufsatzwert je Abrechnungsquartal.

i) Der korrigierte kassenspezifische Aufsatzwert je Abrechnungsquartal wird um 6,99 v. H. erhöht. In dieser Weiterentwicklung sind

- die Erhöhung auf den vereinbarten regionalen Punktwert gemäß Teil 2 § 1 der Vereinbarung,

- die Veränderungsfaktoren und die Berücksichtigung der spezifischen Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 SGB V,

- die Förderung des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs in Höhe von 7.181.933,92 Euro gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung,

- die Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (Nephrologie in Höhe von 574.696 Euro) gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung und

- die Förderung von Leistungen auf der Grundlage von § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V, die Inhalt von Teil 3 § 2a dieser Vereinbarung sind

enthalten.

Weiterhin wird der korrigierte kassenspezifische Aufsatzwert je Abrechnungsquartal bereinigt um die Differenz zwischen Neueinschreibern und Rückkehrern für die gültigen Selektivverträge im Abrechnungsquartal.

j) Daraus ergibt sich der endgültige kassenspezifische Aufsatzwert (Behandlungsbedarf) für das jeweilige Abrechnungsquartal.

(3) Die kassenspezifische MGV je Quartal ergibt sich aus der Multiplikation des endgültigen kassenspezifischen Aufsatzwertes (Behandlungsbedarf) je Abrechnungsquartal mit dem Punktwert in Höhe von 3,5048 €-Cent. Aufgrund der Berücksichtigung der Punktwerterhöhung für das Jahr 2013 in der prozentualen Steigerung von 6,99 v. H. wird für die Bestimmung der MGV der Punktwert des Jahres 2012 zu Grunde gelegt.

(4) Bei Fusionen von Krankenkassen mit Versicherten in Thüringen wird für die neue (fusionierte) Krankenkasse ein neuer nach Versichertenzahlen gewichteter kassenspezifischer Aufsatzwert entsprechend des Beschlusses der 288. Sitzung des Bewertungsausschusses ermittelt.

(5) Sofern Versicherte einer Krankenkasse ihren Wohnsitz im Ausland haben und diese in der Meldung der Versichertenzahlen enthalten sind, erfolgt die Abrechnung dieser Versicherten analog den übrigen Versicherten, d. h., dass in die Summe der Versicherten die Wohnausländer hinzuzurechnen sind.

(6) Bei Krankenkassen für die aus dem Jahr 2012 kein Leistungsbedarf und keine Versicherten zur Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2013 vorliegen und für die im Jahr 2013 erstmals Versicherte in Thüringen festgestellt werden, ist der Behandlungsbedarf für den KV-Bezirk, der am Sitz der Krankenkasse verwendet wird, vorläufig anzuwenden. Es erfolgt eine Information des jeweiligen Krankenkassenverbandes über die Höhe des Behandlungsbedarfs 2013 für die entsprechenden Krankenkassen zur weiteren Anwendung. Nach Vorlage konstanter Daten über das Krankenkassenwachstum und die Leistungsentwicklung verständigen sich die KV Thüringen und der betroffene Vertragspartner kassenartenindividuell über die Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2013.

§ 2a
Förderungswürdige Leistungen

(1) Aufgrund der besonderen vertragsärztlichen Versorgungssituation werden folgende Leistungen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V aus der MGV gefördert:

- Hausbesuche/Praxispersonal GOP 40870 und 40872,
- augenärztliche Strukturpauschale GOP 06225,
- Leistungen der Pflegeheimversorgung GOP 01410 - 01412, 01415 im Heim (i. V. m. GOP 01413),
- kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit neurologischer oder psychiatrischer Erkrankung in Heimen GOP 16231 und 21231,
- Versorgung von Patienten mit Harnableitungen in der häuslichen Pflege, in Heimen oder Wachkomaabteilungen GOP 02321 bis 02323,
- neurologisches Gespräch GOP 16220,
- psychiatrisches und kinder-/jugendpsychiatrisches Gespräch GOP 21220 und 14220,
- Polysomnographie GOP 30901.

(2) Soweit es sich um in Punkten bewertete Leistungen handelt, werden diese mit einem Punktwertzuschlag in Höhe von 0,5 €-Cent auf den regionalen Punktwert gemäß Teil 2

§ 1 dieser Vereinbarung vergütet. Bei in Euro bewerteten Leistungen wird ein Zuschlag in Höhe von 15 v. H. auf den Euro-Betrag gezahlt. Die jeweiligen Zuschläge sind mit dem Großbuchstaben „T“ zu kennzeichnen.

(3) Die Finanzmittel zur Förderung dieser Leistungen werden versorgungsbereichsspezifisch zweckgebunden aus dem Volumen zur Steigerung der MGV gemäß § 2 Abs. 2 i) verwendet.

(4) Neben dem Ausweis des Gesamtförderungsbetrages im Formblatt 3 im Vorgang 970 übermittelt die KV Thüringen für die unter Abs. 1 aufgeführten Leistungen quartalsweise je Krankenkasse die Höhe der jeweiligen Förderungsbeträge je Leistung.

§ 3
Nicht vorhersehbarer morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf

Eine Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V für das Jahr 2013 erfolgt gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung.

§ 4
Vergütung außerhalb der MGV

Die Leistungen der **Anlage 2** (Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung), **Anlage 3** (Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen) und der **Anlagen 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 MGV gemäß § 2 anzurechnen. Die konkrete Umsetzung erfolgt bilateral zwischen der KV Thüringen und der jeweiligen Krankenkasse.

§ 6
Abschlagszahlungen

(1) Vorbehaltlich der endgültigen Abrechnung leisten die Krankenkassen nach Anforderung durch die KV Thüringen bis zum zweiten Banktag (Wertstellung) des Folgemonats für den vorangegangenen Monat eine Abschlagszahlung in Höhe von 30 v. H. der vorläufigen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal des jeweiligen Vorjahresquartals zuzüglich 6,99 v. H. für das 2. Halbjahr 2013 und unter Berücksichtigung der aktuell vorliegenden Versichertenzahlen je Krankenkasse.

(2) Die Höhe der monatlichen Abschlagszahlungen auf die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu zahlenden Leistungsanteile und Sachkosten (inkl. auf kassenartenübergreifende oder kassenartenindividuelle regionale Vereinbarungen entfallende Honorierungen und Kostenerstattungen) wird auf 30 v. H. des jeweiligen Vorjahresquartals (Leistungsbedarf lt. regionaler Euro-Gebührenordnung in Euro) festgelegt.

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

§ 7
Quartalsbezogene Endabrechnung

(1) Durch die KV Thüringen erfolgt eine quartalsbezogene kassenindividuelle Endabrechnung für die tatsächlich erbrachten vertragsärztlichen Leistungen für bereichseigene und bereichsfremde Ärzte.

(2) Durch die Krankenkassen 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. 3 sowie die vertragsgemäß erstellten Formblätter 3 für bereichseigene Ärzte, bereichsfremde Ärzte sowie bereichseigene und bereichsfremde Ärzte, DTA Einzelfallnachweis, Anlagen zu den Gut- und Lastschriften) bei den Krankenkassen von diesen zu begleichen.

(4) Für die Abrechnung der Leistungen gelten die jeweils aktuellen Formblatt-3-Inhaltsbeschreibungen.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 21.08.2013

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte

gez. IKK classic

gez. Sozialversicherung
für Landwirtschaft, Forsten und 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. Unabhängig davon streben die Vertragspartner eine einheitliche Regelung zum 01.10.2013 an.

- Anlage 1 -
Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2013

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

Die Berechnungen erfolgen kassenspezifisch.

Anlage 2 Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

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

1	Belegärztliche Leistungen	Kapitel 36 EBM sowie GOP 13311, 17370 und GOP 08410 bis 08416 bei belegärztlicher Erbringung sowie belegärztliche Begleitleistungen gemäß der Vereinbarung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit (belegärztliche Behandlung) in der jeweils gültigen Fassung
2	Ambulante Operationen	Kapitel 31 EBM sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13431
3	Prävention	Abschnitte 1.7.1, 1.7.2 (sowie GOP 32880 bis 32882), 1.7.3 und GOP 40850, 40852 sowie 1.7.4 EBM
4	Durchführung von Vakuumstanzbiopsien	GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855
5	Strahlentherapie	Kapitel 25 EBM und GOP 40840 und 40841
6	Phototherapeutische Keratektomie	GOP 31362, 31734, 31735 und 40680
7	Künstliche Befruchtung	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	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
18	Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen	Abschnitt 35.2 EBM für alle Arztgruppen sowie GOP 35150 (Zusatz Großbuchst. „P“ oder „Q“) für genannte Arztgruppen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V
19	Schmerztherapeutische Leistungen für ausschließlich schmerztherapeutisch tätige bereichseigene Ärzte	Abschnitt 30.7 EBM GOP 30700 (Zusatz Großbuchst. „S“, „X“, „Y“ oder „Z“), GOP 30702, 30704, 30706, 30708 (Zusatz Großbuchst. „S“)
20	Narkosen bei zahnärztlichen Behandlungen bereichseigener Ärzte	GOP 05330, 05331, 05350 (Zusatz Großbuchst. „Z“)
21	Leistungen der spezifischen Immuntherapie	GOP 30130 und 30131
22	Kinderpneumologische Leistungen	GOP 04530 bis 04537
23	Nephrologie und Dialyse	Abschnitt 13.3.6 EBM GOP 13590 bis 13622 (gültig ab 01.07.2013)

24	Pädiatrische Nephrologie und Dialyse	Abschnitt 4.5.4 EBM GOP 04560 bis 04573 sowie pädiatrische Versichertenpauschalen GOP 04110, 04111, 04112, 04120, 04121 und 04122, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnittes 4.5.4 des EBM abgerechnet werden (gültig ab 01.07.2013)
25	Neuropsychologische Therapie	Abschnitt 30.11 EBM GOP 30930, 30931, 30932, 30933, 30934, 30935 (sowie die Höchstwertregelung nach 30936 sowie 30937 gemäß Codiertabelle) (gültig ab 01.01.2013)
26	Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus (HIV-Resistenztestung)	Abschnitt 32.3 EBM GOP 32821 und 32822 (gültig ab 01.01.2013)
27	Screening auf Gestationsdiabetes	GOP 01776, 01777 und 01812 (gültig ab 01.07.2013)

(2) Die KV Thüringen übermittelt quartalsweise den Vertragspartnern eine Aufstellung der Ärzte mit entsprechenden Abrechnungsgenehmigungen der Nrn. 8, 10 bis 12 sowie der Nrn. 15, 17 - 19 und 25 nach Abs. 1 in maschinenlesbarer Form (csv-Format). Ergänzend zu Nr. 19 teilt die KV Thüringen quartalsweise den Vertragspartnern mit, welche ausschließlich schmerztherapeutisch tätigen Ärzte eine Genehmigung auf Fallzahlerhöhung (mit Anzahl) erhalten haben.

Anlage 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 (Das Nähere regeln die Vertragspartner in einer Ergänzungsvereinbarung.)	88895	
Onkologie-Vereinbarung		
Versorgungsebene Eins		
Behandlung florider Hämoblastosen	96500	15,00 €
Behandlung solider Tumore unter tumorspezifischer Therapie, Zusatzangaben erforderlich	96501	15,00 €
Intrakavitäre zytostatische Tumortherapie	96502	20,00 €
Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie	96507	10,00 €
Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie ab 2 Stunden	96508	25,00 €
Versorgungsebene Zwei		
Intravasale zytostatische Tumortherapie, 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 €

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

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

Sonderregelungen Pauschalen für Notfallambulanzen

	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 €

Die Vergütung der Impfleistungen gemäß § 20d SGB V ist Bestandteil der aktuellen 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,
- Tränengangsröhrchen/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) – gültig bis 30.09.2013

	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 €

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

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

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

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, handelnd für die Landwirtschaftliche 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 _____