

3. Nachtrag vom 18.06.2010 mit Wirkung ab 01.07.2010

zur

Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2010 vom 16.12.2009 und zum 1. Nachtrag vom 23.02.2010 sowie zum 2. Nachtrag vom 26.05.2010

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

- AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Herrn Rolf Steinbronn,
- BKK Landesverband 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.

Zur Umsetzung der aktuellen Beschlüsse des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010 vereinbaren die Vertragspartner – mit Wirkung zum 01.07.2010 – auf der Grundlage der Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2010 vom 16.12.2009 und der darauf basierenden Nachträge (1. Nachtrag vom 23.02.2010 und 2. Nachtrag vom 26.05.2010) folgende Änderungen/Ergänzungen.

- I. Teil 2 § 5 Abs. 3 und 4 wird wie folgt angepasst und ersetzt die bisherigen Regelungen:

Teil 2

Festlegung der regionalen Euro-Gebührenordnung

§ 5

Regionale Euro-Gebührenordnung

- (3) Die Preise für in Punkten bewertete Leistungen werden in einer regionalen Euro-Gebührenordnung abgebildet. Diese Preise gelten nicht für die das Regelleistungsvolumen gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 1.1 überschreitenden Leistungen.
- (4) In Euro ausgewiesene Leistungen sollen grundsätzlich in der im EBM festgelegten Höhe vergütet werden. Hierzu sind die gesonderten Regelungen gemäß Teil 4 § 1 Punkt 10 und 13 zu beachten.

II. Teil 4 wird wie folgt neu gefasst und ersetzt die bisherigen Regelungen:

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 34274 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 abgestaffelte Preise gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 3.1.2 zuzuweisen.

Überschreitungen des Vergütungsvolumens sind aus den versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen gemäß Beschluss Teil G 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. 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. 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 Teil G 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 3.1.4 i.V.m. Anlage 6

Stellen die Partner der Gesamtverträge bei der Festsetzung der Regelleistungsvolumen fest, dass mit den praxisbezogenen Regelleistungsvolumen in einer Arztgruppe die 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 Teil G 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.

15. Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 3.2.1

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 2008 nicht übersteigt.

Übersteigt die RLV-Fallzahl aus dem Vorjahresquartal die um 5 Prozent gesteigerte RLV-Fallzahl des Vergleichs quartals des Jahres 2008, so wird die um 5 Prozent gesteigerte RLV-Fallzahl des Vergleichs quartals des Jahres 2008 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.
- 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 aus dem 3. Quartal 2010 analysiert wird, um ggf. kurzfristig, noch vor dem 2. Quartal 2011, weitere Steuerungsmaßnahmen hinsichtlich der RLV-Fallzahlen zu vereinbaren.

16. Beschluss Teil F Abschnitt I. Punkt 3.3

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

17. Nachfolgende Punkte dienen der Umsetzung des Beschluss Teil D bei Anwendung der Punktwerte Unterversorgung I und II nach Teil 2 § 1 Abs. 3

Die Berechnung der Regelleistungsvolumen erfolgt auch für Planungsbereiche, in denen die Punktwerte Unterversorgung I oder II Anwendung finden, anhand des regionalen Punktwertes im Regelfall nach Teil 2 § 1 Abs. 2.

Mit der Zuweisung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen sollen die Vertragsärzte, bei denen die Punktwerte Unterversorgung I oder II Anwendung finden, informiert werden, dass ein Zuschlag aus der Differenz des Punktwertes Unterversorgung I oder II zum regionalen Punktwert im Regelfall nach Teil 2 § 1 Abs. 2 auf Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens, qualifikationsgebundener Zusatzvolumen sowie für Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit der Quartalsendabrechnung erfolgt.

Für vorweg abgezogene Leistungen in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt ein Zuschlag gemäß Beschluss Teil D Anlage 1 Punkt 1 zum fachgruppenindividuellen Auszahlungspunktwert.

Die das Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen übersteigenden Leistungen in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden mit dem sich ergebenden KV-spezifischen abgestaffelten Restpunktwert des Versorgungsbereichs gemäß Beschluss Teil F ohne Differenzierung nach Versorgungsgraden vergütet.

§ 2

Kriterien zur Ausnahme von der Abstufelung 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.
- (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 Arztzahrentwicklung gemäß Beschlusstil F des Bewertungsausschusses aus seiner 218. Sitzung Abschnitt I. Anlage 5

Für Fachgruppen, die im Vorjahr gegenüber dem Vorvorjahr eine überproportionale Arztzahrentwicklung zu verzeichnen haben, wird der Leistungsbedarf der Fachgruppe des Vorjahres herangezogen. Das dafür notwendige zusätzliche Geld wird aus Rückstellungen gemäß (E)BA-Beschluss Teil G, Punkt 1, erster Strich zur Verfügung gestellt.

§ 5

Praxisbesonderheiten gemäß Beschlusstil 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.

- (4) Verschiebungen von Fallwerten auf Grund von Zuschlägen bei Unterversorgung bleiben bei der Prüfung von Praxisbesonderheiten unberücksichtigt.

§ 6

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

Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis in den Quartalen III/2010 bis IV/2010 gegenüber dem Vorjahresquartal um mehr als 15 %, kann die KV Thüringen auf Antrag des Arztes eine befristete Ausgleichszahlung an die Arztpraxis bis zu maximal 85 % des Honorars des Vorjahresquartals leisten, sofern die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den so genannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben. Sie wendet hierbei die in der **Anlage 6** genannten Kriterien an.

§ 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.

- (1) Die KV Thüringen informiert die Krankenkassenverbände entsprechend des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 218. Sitzung.
- (2) Aufgrund der geänderten Berechnungssystematik und Quotierung der Vorwegabzüge gemäß § 1 Abs. 3 Punkt 10, 12 sowie 13 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 des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 218. 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 des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 218. Sitzung entsprechend.

§ 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. 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 Teil G. 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. Diese Verfahrensweise erfolgt bis zum 31. Dezember 2011 bis die Konvergenz vollständig aufgehoben ist.

§ 10

Förderung/Finanzierung des organisierten Notdienstes

- (1) Für den Zeitraum ab 01.07.2010 erfolgt die Finanzierung des organisierten Notdienstes anhand der Bestimmungen gemäß der Absätze 2 bis 4. Sie entfalten ihre Wirkung nur für am organisierten Notdienst teilnehmende Ärzte und gelten nicht für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser.
- (2) Das für die Vergütung des organisierten Notdienstes notwendige Honorarvolumen wird aus dem Vergütungsvolumen gemäß Beschluss Teil F Anlage 4, Anhang 1, Schritt 19 vorweg abgezogen und in einem zweckgebundenen Fonds zusammengeführt. Die Honoraranteile für den organisierten Notdienst basieren auf den tatsächlichen Vergütungen des Jahres 2009, wobei auch die im Jahre 2009 vorgenommene Förderung der Notdienstleistungen in Höhe von 0,5 €-Cent pro abgerechneten Punkt zu berücksichtigen ist.
- (3) Die Abrechnung der im organisierten Notdienst abgerechneten Leistungen erfolgt gegenüber den Krankenkassen auf der Basis des EBM.

- (4) 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 Beschluss Teil G nicht quantifizierbar sind, wird ein Vorwegabzug in Höhe von bis zu 5 % vereinbart. Die Vertragspartner stimmen darin überein, die Auswirkungen dieses Vorwegabzugs quartalsweise zu überprüfen und ggf. anzupassen.

§ 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.

§ 13 Inkrafttreten

Dieser Nachtrag tritt zum 01.07.2010 in Kraft.

3. Nachtrag vom 18.06.2010 zur Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2010 vom 16.12.2009

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 18.06.2010

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

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

3. Nachtrag vom 18.06.2010 zur Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2010 vom 16.12.2009

- 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 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 2010 insgesamt um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal 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 2009 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 jeweiligen Vorjahresquartal, gemindert um die in Absatz 3 genannten Honoraranteile. Der Antragsteller erhält eine Ausgleichszahlung bis maximal 85 % des Honorars des Vorjahresquartals, gemindert um die in Absatz 3 genannten Honoraranteile.
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 Vorjahresquartal 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 Euro	Tatsächliche Werte nach Quartalsabschluss Euro	Tatsächlicher Leistungsbedarf	Quotierungsgrad nach Quartalsabschluss
	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-Organisationsänderung (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				

Anlage 7B Höhe der Abzüge im hausärztlichen Versorgungsbereich

Tabelle 7B Höhe der Abzüge im hausärztlichen Versorgungsbereich					
Quartal	Sachverhalt	Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte Euro	Tatsächliche Werte nach Quartalsabschluss Euro	Tatsächlicher Leistungsbedarf	Quotierungsgrad nach Quartalsabschluss
	1	2	3	4	5
	Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für die Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte				
	Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Sicherstellungsaufgaben				
	Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für überproportionale Honorarverluste				
	Rückstellungen gemäß Beschlussteil G 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				
	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.1. Punkt 4.1 innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen				
	Summe der Abzüge im hausärztlichen Versorgungsbereich				
	Hausärztliches Verteilungsvolumen				
	Angefordertes Vergütungsvolumen im RLV und QZV				
	Abstaffelungsquote				

Anlage 7C Höhe der Abzüge im fachärztlichen Versorgungsbereich

Tabelle 7C Höhe der Abzüge im fachärztlichen Versorgungsbereich					
Quartal	Sachverhalt	Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte Euro	Tatsächliche Werte nach Quartalsabschluss Euro	Tatsächlicher Leistungsbedarf	Quotierungsgrad nach Quartalsabschluss
	1	2	3	4	5
	Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für die Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte				
	Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Sicherstellungsaufgaben				
	Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für überproportionale Honorarverluste				
	Rückstellungen gemäß Beschlussteil G 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				
	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				
	Angefordertes Vergütungsvolumen im RLV und QZV				
	Abstaffelungsquote				

3. Nachtrag vom 18.06.2010 zur Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2010 vom 16.12.2009

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 34274 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 34274 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 34274 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
	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	

3. Nachtrag vom 18.06.2010 zur Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2010 vom 16.12.2009

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
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)	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
	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	

3. Nachtrag vom 18.06.2010 zur Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2010 vom 16.12.2009

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	

3. Nachtrag vom 18.06.2010 zur Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2010 vom 16.12.2009

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für Anästhesiologie	Akupunktur	30790, 30791
	Dringende Besuche	01411, 01412, 01415
	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	

3. Nachtrag vom 18.06.2010 zur Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2010 vom 16.12.2009

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	

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

3. Nachtrag vom 18.06.2010 zur Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2010 vom 16.12.2009

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
	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

3. Nachtrag vom 18.06.2010 zur Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2010 vom 16.12.2009

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

3. Nachtrag vom 18.06.2010 zur Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2010 vom 16.12.2009

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
	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

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

3. Nachtrag vom 18.06.2010 zur Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2010 vom 16.12.2009

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

3. Nachtrag vom 18.06.2010 zur Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2010 vom 16.12.2009

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	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076

3. Nachtrag vom 18.06.2010 zur Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2010 vom 16.12.2009

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

3. Nachtrag vom 18.06.2010 zur Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2010 vom 16.12.2009

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	19310, 19311, 19312
stationärer LB außerhalb Kap. 36		

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin	Akupunktur	30790, 30791
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708

3. Nachtrag vom 18.06.2010 zur Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2010 vom 16.12.2009

Arztgruppe gemäß Anlage 4	QZV	GOP
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Dringende Besuche	01411, 01412, 01415
	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	01100, 01101, 01102
	stationärer LB außerhalb Kap. 36	

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 € |

Stand: 01.07.2010

