

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

Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 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 Ost - Landesrepräsentanz Thüringen -,
- IKK Thüringen,
- Krankenkasse für den Gartenbau handelnd für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung,
- Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main,

und

den Ersatzkassen

- Barmer Ersatzkasse
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- Gmünder ErsatzKasse (GEK)
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- Hamburg Münchener Krankenkasse
- hkk

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

geschlossen.

Inhalt

Teil 1: Allgemeine Grundsätze

Teil 2: Festlegung der regionalen Euro-Gebührenordnung

Teil 3: Berechnung der Gesamtvergütung in Thüringen

Teil 4: Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Protokollnotiz zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen für das Jahr 2010

Anlagen

Anlage 1a Berechnung und Festlegung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs je Versicherten

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

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

Anlage 2 Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Anlage 3 Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen

Anlagen 3a – f Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

Anlage 3.1 Arztbezogener Ausweis der Zuschläge gemäß § 7 Abs. 3 der Vereinbarung

Anlage 4 Für Regelleistungsvolumen relevante Arztgruppen

Anlage 5 Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung

Anlage 6 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

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

Teil 1

Allgemeine Grundsätze

Präambel

- (1) Auf der Basis der Neuordnung der vertragsärztlichen Versorgung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) und der tangierenden aktuellen Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses vereinbaren die oben genannten Vertragspartner nachfolgende Vergütungsregelung für die vertragsärztliche Versorgung. Diese gemeinsam und einheitlich geschlossene Vereinbarung ersetzt die kassenverbandspezifischen – zumeist als Anlage 1 zu den Gesamtverträgen nach § 83 SGB V – Vergütungsregelungen.
- (2) Die Gesamtverträge nach § 83 SGB V sind gesondert anzupassen.

§ 1

Geltungsdauer

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2010 in Kraft und endet am 31.12.2010, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

§ 2

Salvatorische Klausel

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

Teil 2 Festlegung der regionalen Euro-Gebührenordnung

§ 1 Festlegung des regionalen Punktwertes in Thüringen

- (1) Die regionalen Punktwerte in Thüringen werden in der Höhe vereinbart, die der Erweiterte Bewertungsausschuss in der 15. Sitzung festgelegt hat.
- (2) Der regionale Punktwert im Regelfall beträgt 3,5048 €-Cent.
- (3) Die regionalen Punktwerte bei Unterversorgung gemäß Beschluss Teil D betragen entsprechend dem Versorgungsmaß

Versorgungsmaß	UV I	UV II
Hausärzte Fachärzte	56,25 % bis < 75 % 37,50 % bis < 50 %	< 56,25 % < 37,5 %
Gruppe 1 Alle FG (ohne Gruppe 2 und Gruppe 3)	3,8553 €-Cent	4,2058 €-Cent
Gruppe 2 Radiologen, Chirurgen	3,7852 €-Cent	4,0656 €-Cent
Gruppe 3 Psychotherapeuten	3,9779 €-Cent	4,4511 €-Cent

- (4) Für Arztgruppen, die nicht der Bedarfsplanungs-Richtlinie unterliegen, gilt der regionale Punktwert im Regelfall nach § 1 Abs. 2.
- (5) Für Ärzte, die bereits vor dem 01.01.2010 oder mit Wirkung zum 01.01.2010 in Planungsbereichen zugelassen waren, in denen einer der Orientierungspunkte Überversorgung I bzw. II Anwendung findet, gilt im Jahr 2010 der Orientierungswert Regelversorgung.
- (6) Für Ärzte, die zwischen dem 01.01.2010 und dem 31.12.2010 eine Praxis in Planungsbereichen erwerben, in denen einer der Orientierungspunkte Überversorgung I bzw. II Anwendung findet, gilt im Jahr 2010 der Orientierungswert Regelversorgung.
- (7) Leistungen im Fremdkassenzahlungsausgleich werden mit dem Regelpunktwert vergütet.

§ 2 Regelungen zur Höhe und Anwendung von Orientierungswerten bei festgestellter Unterversorgung

- (1) In Umsetzung der Regelungen des Beschluss Teil D des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 vereinbaren die Vertragspartner zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten flächendeckenden vertragsärztlichen Versorgung in Thüringen als Steuerungsmaßnahme des Niederlassungsverhaltens der Vertragsärzte, welche der Bedarfsplanung unterliegen, die Punktwerte nach Teil 2 § 1 Abs. 3.
- (2) Grundlage für die Anwendung der Punktwerte nach Teil 2 § 1 Abs. 3 im Quartal sind die Feststellungen zur Unterversorgung des Landesausschusses für Ärzte und Krankenkassen in Thüringen aufgrund der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für die jeweiligen Planungsbereiche.
- (3) Wird für einen Planungsbereich nach Absatz 2 Unterversorgung festgestellt, finden die Punktwerte nach Teil 2 § 1 Abs. 3 entsprechend dem jeweils aktuellen Versorgungsmaß Anwendung.

Die Vertragspartner sind sich einig, dass kurzfristige Schwankungen bei den Versorgungsmaßen in den Planungsbereichen nicht dazu führen können, dass eine nicht gerechtfertigte Anwendung der Punktwerte Unterversorgung I oder Unterversorgung II erfolgt.

- (4) Wird für einen Planungsbereich festgestellt, dass keine Unterversorgung mehr herrscht, so werden allen Ärzten, die zum Zeitpunkt der Feststellung der Regelversorgung zugelassen waren, die zuvor gezahlten Punktwerte (Unterversorgung I oder Unterversorgung II) für fünf weitere Jahre vergütet.

§ 3

Regelungen zur Höhe und Anwendung von Orientierungswerten bei festgestellter drohender Unterversorgung

- (1) Bei drohender Unterversorgung gilt grundsätzlich der Punktwert im Regelfall nach Teil 2 § 1 Abs. 2.
- (2) Wird durch den Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen in Thüringen für einen Planungsbereich drohende Unterversorgung festgestellt, entscheiden die Vertragspartner gemeinsam und einheitlich im Einzelfall je Vertragsarzt über eine besondere lokale Förderungsnotwendigkeit gemäß den hierzu noch zu treffenden Kriterien.
- (3) Bei der nach Absatz 2 festgestellten lokalen Förderungsnotwendigkeit findet für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen der Unterversorgungspunktwert I (UV I) nach Teil 2 § 1 Abs. 3 Anwendung.
- (4) Die Feststellung über drohende Unterversorgung und besondere lokale Förderungsnotwendigkeit wird auf der Basis der derzeit gültigen Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 18.06.2009 getroffen.
- (5) Die Regelungen gelten ausschließlich für das Jahr 2010. Die Förderung im Einzelfall endet spätestens nach acht Quartalen ab Beginn der Förderung.
- (6) Im Falle einer Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 18.06.2009 verständigen sich die Vertragspartner über das weitere Vorgehen.

§ 4

Ergebnisse der Arbeitsgruppe auf Bundesebene

Sofern die Ergebnisse der durch den Erweiterten Bewertungsausschuss beauftragten Arbeitsgruppe zur Umsetzung des Beschlusses Teil D vorliegen, verständigen sich die Vertragspartner über notwendige vertragliche Anpassungen.

§ 5

Regionale Euro-Gebührenordnung

- (1) Für die Vergütungen der Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung nach §§ 87 und 87 a bis c SGB V gilt der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) in seiner jeweils gültigen Fassung.
- (2) Die Höhe der Vergütungen für in Punkten bewertete Leistungen des EBM ergibt sich grundsätzlich aus der Multiplikation der jeweiligen Punktwerte nach § 1 und der jeweiligen Leistungsbewertung in Punkten. Materialbezogene Leistungen werden grundsätzlich mit dem Punktwert nach § 1 Abs. 2 vergütet.
- (3) Die Preise für in Punkten bewertete Leistungen werden in einer regionalen Euro-Gebührenordnung abgebildet. Diese Preise gelten nicht für die das Regelleistungsvolumen gemäß Beschluss Teil F 1.1 überschreitenden Leistungen.
- (4) In Euro ausgewiesene Leistungen werden in der im EBM festgelegten Höhe vergütet.
- (5) Sofern zwischen den Partnern der Gesamtverträge Leistungen vereinbart werden, welche nicht im EBM enthalten sind, werden diese Leistungen mit den jeweils vereinbarten Preisen vergütet. Die Preise werden als besondere regionale Gebührenordnungspositionen in die regionale Euro-Gebührenordnung einbezogen.

§ 6

Bekanntmachung

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

Teil 3 Berechnung der Gesamtvergütung in Thüringen

§ 1 Grundsätze

- (1) Die Gesamtvergütung wird mit Wirkung für die jeweiligen Krankenkassen und deren Versicherten einschließlich des nach § 264 Abs. 2 bis 6 SGB V berechtigten Personenkreises mit Wohnort in Thüringen vereinbart.
- (2) Die nach Abschluss der jeweiligen Quartale nicht ausgeschöpften Mittel werden gesonderten Rückstellungen zugeführt. Sie dürfen nur zur Vergütung von Leistungen nach den Vorgaben des (Erweiterten) Bewertungsausschusses und den Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner verwendet werden. Über die zum Jahresabschluss 2010 verbleibenden Mittel treffen die Vertragspartner eine einvernehmliche Regelung, die bei Nichteinigung auf Antrag durch das Landesschiedsamt festgesetzt wird.

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

§ 2 Festsetzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- (1) Basis für die Berechnungen sind die Daten gemäß Satzart ARZTRG87c4 in der aktuell gültigen Version.
- (2) Die Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt entsprechend Teil B des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87c Abs. 4 SGB V.
- (3) Die Details der Berechnungen sind in **Anlage 1a** geregelt. Der so ermittelte Behandlungsbedarf aus Anlage 1a wird kassenindividuell berechnet und abgestimmt.
- (4) Der ermittelte Behandlungsbedarf je Versicherten einer Krankenkasse wird gleichmäßig auf die Quartale verteilt.
- (5) Die vorläufige morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Quartal ergibt sich aus der Multiplikation des Behandlungsbedarfs je Quartal mit der jeweils aktuell vorliegenden Zahl der Versicherten der jeweiligen Krankenkasse und dem vereinbarten regionalen Punktwert im Regelfall nach Teil 2 § 1 Abs. 2.
- (6) Die so ermittelte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird den jeweiligen Krankenkassen vor Berechnung der Regelleistungsvolumen gemäß **Anlage 1b** mitgeteilt.
- (7) Nach Vorlage der Zahl der Versicherten des jeweiligen Quartals des Jahres 2010 erfolgt im Rahmen der Quartalsabrechnung eine Neuberechnung.
- (8) Bei Fusionen von Krankenkassen mit Versicherten in Thüringen wird für die neue (fusionierte) Krankenkasse ein neuer nach Versichertenzahlen gewichteter Behandlungsbedarf je Versicherten für den betroffenen Zeitraum anhand **Anlage 1c** ermittelt.
- (9) 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.

- (10) Bei Krankenkassen für die aus dem Jahr 2008 kein Leistungsbedarf und keine Versicherten zur Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Jahr 2010 vorliegen und für die im Jahr 2010 erstmals Versicherte in Thüringen festgestellt werden, ist der Behandlungsbedarf für den KV-Bezirk, der am Sitz der Kasse verwendet wird, vorläufig anzuwenden. Es erfolgt eine Information des jeweiligen Krankenkassenverbandes über die Höhe des Behandlungsbedarfes 2010 für die entsprechenden Krankenkassen zur weiteren Anwendung. Nach Vorlage konstanter Daten über das Kassenwachstum und die Leistungsentwicklung verständigen sich die KV Thüringen und der betroffene Vertragspartner kassenartenindividuell über die Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2010.
- (11) Bei Abschluss von Selektivverträgen und entsprechendem Beitritt der Versicherten erfolgt die Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs gemäß den Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses.

§ 3

Festsetzung der nicht vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- (1) Die Ermittlung der nicht vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt entsprechend Teil E des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V.
- (2) Zahlungen zur Begleichung von nicht vorhersehbarer Morbidität sind nicht basiswirksam und einmalig.
- (3) Naturkatastrophen oder andere Großschadensereignisse im Sinne des Beschlusses Teil E Punkt 2.2.1 liegen vor, wenn im Freistaat Thüringen Katastrophenalarm ausgelöst wurde.
- (4) Zur Kennzeichnung der abrechenbaren Leistungen und zur Vermeidung von Doppelzahlungen treffen die Vertragspartner entsprechende Regelungen.

§ 4

Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Die Leistungen der **Anlage 2** (Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung), **Anlage 3** (Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen) und der **Anlagen 3a – 3 f** (Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen) werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet und bis zur Ebene 6 im Formblatt 3 ausgewiesen.

§ 5

Anrechnung von Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen

Ausgaben der Krankenkassen für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 SGB V und nach § 53 Abs. 4 SGB V sind auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß § 2 anzurechnen. Die konkrete Umsetzung erfolgt bilateral zwischen der KV Thüringen und der jeweiligen Krankenkasse.

§ 6 Abschlagszahlungen

- (1) Vorbehaltlich der endgültigen Abrechnung leisten die Krankenkassen nach Anforderung durch die KV Thüringen bis zum zweiten Banktag (Wertstellung) des Folgemonats für den vorangegangenen Monat eine Abschlagszahlung in Höhe von 30 v. H. der vorläufigen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal gemindert um die Summe der Praxisgebühr (Formblatt 3, Kontenart 995, Vorgänge 020 und 021) des jeweiligen Vorjahresquartals.
- (2) Die Höhe der monatlichen Abschlagszahlungen der nach dieser Vereinbarung verpflichteten Krankenkassen auf die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu zahlenden Leistungsanteile und Sachkosten (inklusive auf kassenartenübergreifende oder kassenartenspezifische regionale Vereinbarungen entfallende Honorierungen und Kostenerstattungen) sowie der Dialysesachkosten (Formblatt 3, Kontenart 402, Kapitel 40, Abschnitt 14) wird auf 30 v. H. des jeweiligen Vorjahresquartals festgelegt.
- (3) Für Krankenkassen, bei denen die Abforderung den Betrag von 2.000 EURO nicht übersteigt, erfolgt keine Abforderung von Abschlagszahlungen.

§ 7 Quartalsbezogene Endabrechnung

- (1) Durch die KV Thüringen erfolgt eine quartalsbezogene kassenindividuelle Endabrechnung für die tatsächlich erbrachten vertragsärztlichen Leistungen für bereichseigene und bereichsfremde Ärzte.
- (2) In Umsetzung des Beschlusses Teil D wird, vorbehaltlich anders lautender Regelungen auf Bundesebene, für bereichseigene Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens, für bereichseigene vorweg abgezogene Leistungen in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie für bereichseigene Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, bei denen die Punktwerte Unterversorgung I oder II nach Teil 2 § 1 Abs. 3 Anwendung finden, ein Zuschlag aus der Differenz des Punktwertes Unterversorgung I oder II zum regionalen Punktwert im Regelfall nach Teil 2 § 1 Abs. 2 mit der Quartalsendabrechnung vergütet.
- (3) Die Ausweisung der Zuschläge nach Absatz 2 erfolgt im Formblatt-3 als Vorgang. Zusätzlich erfolgt die Ausweisung arztbezogen entsprechend der **Anlage 3.1**.
- (4) Die Aufteilung und Rechnungslegung der zu zahlenden Zuschläge für Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens nach Absatz 2 für bereichseigene Versicherte erfolgt gegenüber den Krankenkassen anhand des prozentualen Anteils der jeweiligen Krankenkassen am gesamten Leistungsbedarf des Arztes innerhalb des Regelleistungsvolumens und der Regelleistungsvolumen überschreitenden Leistungen ohne den Leistungsbedarf von bereichsfremden Versicherten.
- (5) Durch die Krankenkassen zuviel geleistete Abschlagszahlungen sind den jeweiligen Krankenkassen innerhalb einer Frist von 10 Arbeitstagen zurückzuzahlen.
- (6) Die Restzahlungen sind innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der Abrechnungsunterlagen (Formblatt 3) bei den Krankenkassen von diesen zu begleichen.
- (7) Für die Abrechnung der Leistungen gelten die Formblatt-3-Inhaltsbeschreibungen.

Teil 4

Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

§ 1

Berechnung der Regelleistungsvolumen

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

1. Beschluss Teil F Punkt 1.1

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

2. Beschluss Teil F Punkt 4

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

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

3. Beschluss Teil F Anlage 1 Punkt 2 und 4

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

4. Beschluss Teil F Anlage 1 Punkt 5

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

Die Regelungen für Neupraxen, Jungpraxen, Praxisnachfolger und aufgelöste Berufsausübungsgemeinschaften gemäß Teil 4 § 3 sind entsprechend anzuwenden.

5. Beschluss Teil F Anlage 1 Punkt 6

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

Die Regelungen für Neupraxen, Jungpraxen, Praxisnachfolger und aufgelöste Berufsausübungsgemeinschaften gemäß Teil 4 § 3 sind entsprechend anzuwenden.

6. Beschluss Teil F Anlage 2 Punkt 1 und 3

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

7. Beschluss Teil F Anlage 2 Punkt 2a 7. Spiegelstrich und 2b 8. Spiegelstrich, jeweils 2. Unteranstrich wird wie folgt geändert

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

8. Bei Beschluss Teil F Anlage 2 Punkt 2a 7. Spiegelstrich und 2b 8. Spiegelstrich wird ein neuer Spiegelstrich aufgenommen

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

9. Nachfolgende Vorwegabzüge aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich (Teil F, Anlage 2, Punkt 2a) werden den jeweiligen Fachgruppen der Anlage 4 zugeordnet, die diese Leistungen erbringen. Dazu gehören:

- zu erwartende Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen gemäß Teil F, Anlage 1 Nr. 5
- zu erwartende Zahlungen für die Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (GOP 04523, 04525, 04527, 04537),
- der Vergütungen des Jahres 2007 für folgende Leistungen:
 - besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
 - dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)
 - Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 03241 und 04241)
 - nephrologische Leistungen des Abschnittes 4.5.4
 - Leistungen des Abschnittes 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten durch nicht ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Ärzte
 - Akupunktur des Abschnittes 30.7.3
 - Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001)

10. Nachfolgende Vorwegabzüge aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich (Teil F, Anlage 2, Punkt 2b) werden den jeweiligen Fachgruppen der Anlage 4, wobei die Anteile der laufenden Nummern 24 und 28 – 31 zusammengefasst werden, zugeordnet, die diese Leistungen erbringen. Dazu gehören:

- zu erwartende Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen gemäß Teil F Anlage 1 Nr. 6
- zu erwartende Zahlungen für die Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (GOP 13437, 13438, 13439, 13677),
- der Vergütungen des Jahres 2007 für folgende Leistungen:
 - besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
 - dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)
 - ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531)
 - Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7
 - Leistungen des Abschnittes 5.3,
 - Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324),
 - Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225),
 - Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder

- Indikationsauftrag) (GOP 13235 und 27323),
- nephrologische Leistungen des Abschnitts 13.3.6,
- Bronchoskopie (GOP 09315, 09316, 13662 bis 13670),
- Gesprächs- und Betreuungsleistungen (GOP 14220, 14222, 21216, 21220, 21222),
- Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331),
- ESWL (GOP 26330),
- Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten durch nicht ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Ärzte,
- Akupunktur des Abschnitts 30.7.3,
- Polysomnographie (GOP 30901),
- MRT-Angiographie des Abschnitts 34.4.7,
- Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001).

11. Die Zuordnung der unter den Punkten 9 für den hausärztlichen Bereich bzw. unter Punkt 10 für den fachärztlichen Bereich genannten Vorwegabzüge werden nach folgendem Berechnungsschema ermittelt:

- Für die einzelnen Leistungen bzw. Leistungsbereiche (mit Ausnahme von zu erwartenden Zahlungen für die Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (GOP 04523, 04525, 04527, 04537, 13437, 13438, 13439, 13677) wird ein Finanzvolumen in Euro zur Verfügung gestellt, das sich aus dem - um den bundesweiten durchschnittlichen EBM-Effekt - gesteigerten Leistungsbedarf multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal analogen Quartal des Jahres 2007 realisierten Auszahlungspunktwert maximal bis zum Punktwert von 3,5048 €-Cent ergibt. Sofern die im Abrechnungsquartal abgerechnete Leistungsmenge den auf diese Weise ermittelten Betrag übersteigt, erfolgt eine Quotierung.

Die Vertragspartner sind sich darin einig, dass die aus der vorgenannten Quotierung ggf. entstehenden Probleme (Arzt-, Patientenbeschwerden) gemeinsam erörtert und geklärt werden.

12. Die unter 9 bis 11 aufgeführten Regelungen gelten für das I. Quartal 2010.

13. Beschluss Teil F Anlage 2 Punkt 3 und 5

- (a) Die gemäß Beschluss Anlage 4 gebildeten arztgruppenspezifischen Anteile am RLV-Vergütungsvolumen der laufenden Nummern 24 und 28 – 31 werden zu einem Anteil zusammengefasst.
- (b) Innerhalb des so gebildeten Anteils wird je Arzt der Arztgruppen nach Anlage 4 Nummern 24 und 28 – 31 auf der Basis der im Vorjahresquartal abgerechneten RLV-Fälle gemäß Teil F Punkt 2.3 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 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 13 (c) 1-6 werden ermittelt, indem für diese Leistungsbereiche jeweils Vergütungsvolumina gebildet werden. Hierbei wird zunächst von dem gemäß Punkt 13 (a) gebildeten Volumen das Volumen gemäß Punkt 13 (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 13 (c) 1-6
LB _n	=	Leistungsbedarf eines Leistungsbereiches gemäß Punkt 13 (c) 1-6 (des Jahres 2007)
LB _{ges.}	=	Leistungsbedarf insgesamt der Leistungsbereiche gemäß Punkt 13 (c) 1-6 (des Jahres 2007)
verbl.V	=	verbleibendes Volumen
n	=	Leistungsbereich gemäß Punkt 13 (c) 1-6

- (e) Die Zuschläge der Leistungsbereiche gemäß Punkt 13 (c) 1-6 ermitteln sich aus der Division der für die einzelnen Leistungsbereiche ermittelten Volumen durch die Zahl der RLV-Fälle gemäß Teil F Punkt 2.3 des Vorjahresquartals in denen Leistungen der jeweiligen Leistungsbereiche abgerechnet wurden.
- (f) Das Regelleistungsvolumen eines Arztes ermittelt sich aus der:
- Zahl der RLV-Fälle gemäß Teil F Punkt 2.3 des Vorjahresquartals, multipliziert mit dem Basisfallwert gemäß Punkt 13 (b)
 - Zahl der RLV-Fälle gemäß Teil F Punkt 2.3 des Vorjahresquartals, in denen die Leistungen der jeweils unter Punkt 13 (c) 1-6 genannten Leistungsbereiche abgerechnet wurden, multipliziert mit den jeweiligen ermittelten Zuschlägen für diese Leistungsbereiche (Punkt 13 (c) 1-6).

Das insgesamt zur Verfügung stehende Regelleistungsvolumen ergibt sich aus der Addition des Punktes 13 (f) a. und b.

RLV Arzt = RLV Punkt 13 (f) a. + RLV Punkt 13 (f) b. für die jeweils zutreffenden Leistungsbereiche gemäß Punkt 13 (c) 1-6.

- (g) Die Regelungen gemäß Teil F Punkt 3.2.1 und Teil F Anlage 2 Punkt 6 finden in Folge der Umsetzungsproblematik keine Anwendung.
- (h) Die Regelung gemäß Teil F Punkt 1.2.4 bleibt unberührt.
- (i) Die KV Thüringen nimmt das Informations- und Beschwerdemanagement im Zusammenhang der vorgenannten Regelungen wahr.

Die Regelung nach Punkt 13 gilt für das I. Quartal 2010.

14. Beschluss Teil F Anlage 2 Punkt 2c

- Im Falle eines Versorgungsbereichswechsels eines Arztes, der bislang in einer Einzelpraxis tätig war, erfolgt eine quartalsweise Anpassung der jeweiligen vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen auf der Basis des Honorarbescheides des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes.
- Für den Fall eines Versorgungsbereichswechsels eines Arztes, der bislang in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig war, erfolgt die Anpassung auf der Basis des auf der Grundlage der LANR zu ermittelnden Honoraranspruchs des Vorjahresquartals.

15. Beschluss Teil F Anlage 2 Punkt 6

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

16. 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 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 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 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 Abstufung gemäß Beschluss Teil F des Bewertungsausschusses aus seiner 199. Sitzung I. Punkt 3.4

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen kann auf Antrag des Vertragsarztes eine über das Regelleistungsvolumen hinausgehende mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vorzunehmende Vergütung im Einzelfall gewähren, wenn besondere Umstände dies rechtfertigen. Diese liegen vor bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund
 - Urlaubs- und krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes der eigenen 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 bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform gemäß Beschlussteil F des Bewertungsausschusses aus seiner 199. Sitzung I. Punkt 3.5

- (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 gelten die Absätze 1 bis 3 entsprechend.
- (5) Bei Auflösung einer Berufsausübungsgemeinschaft gelten die Absätze 1 bis 3 entsprechend.

§ 4

Regelleistungsvolumen für Fachgruppen mit überproportionaler Arztzahlentwicklung

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

§ 5

Praxisbesonderheiten gemäß Beschlussteil F des Bewertungsausschusses aus seiner 199. Sitzung I. Punkt 3.6

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

Mengensteuerung bei Arztgruppen, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen

Leistungen der ermächtigten Ärzte, die bei niedergelassenen Ärzten dem Regelleistungsvolumen unterliegen, werden mit dem durchschnittlichen Quotierungsgrad der jeweiligen Einzelleistung der entsprechenden Fachgruppe bewertet (quotiert).

§ 7

Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten gemäß Beschlussteil F des Bewertungsausschusses aus seiner 199. Sitzung I. Punkt 3.7

Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis in den Quartalen I/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.

§ 8

Information durch die KV Thüringen gemäß Beschlussteil F des Bewertungsausschusses aus seiner 199. Sitzung, I. Punkt 3.8 i.V.m. III.

- (1) Die KV Thüringen informiert die Krankenkassenverbände entsprechend des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 199. Sitzung.
- (2) Aufgrund der Zuordnung der Vorwegabzüge in die jeweiligen Fachgruppen und der Quotierung der Vorwegabzüge gemäß § 1 Abs. 3 Punkt 9 bis 12 erfolgt eine zusätzliche Information auf Basis der **Anlagen 7a/b** an die Krankenkassenverbände durch die KV Thüringen für jede Arztgruppe gemäß Anlage 4. Es gelten die Fristen gemäß des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 199. Sitzung entsprechend.
- (3) Aufgrund der Neustrukturierung der Berechnungssystematik der Regelleistungsvolumen der Nuklearmediziner und Radiologen (Arztgruppen Nr. 24 und 28 bis 31 nach Anlage 4) gemäß § 1 Abs. 3 Punkt 13 erfolgt eine zusätzliche Information auf Basis der **Anlage 7c** an die Krankenkassenverbände durch die KV Thüringen. Es gelten die Fristen gemäß des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 199. Sitzung entsprechend.

§ 9

Bereinigung des Regelleistungsvolumens bei Selektivverträgen

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

**§ 10
Förderung/Finanzierung des organisierten Notdienstes**

- (1) Die Leistungen im organisierten Notdienst werden mit einem leistungsbezogenen Zuschlag in Höhe von 0,5 €-Cent gefördert.
- (2) Der für die Vergütung nach Absatz 1 notwendige Honoraranteil wird versorgungsbereichsbezogen von den vorläufigen RLV-Vergütungsvolumina gemäß Beschluss Teil F Anlage 2 Punkt 2a und 2b vorweg abgezogen.
- (3) Die in den Absätzen 1 und 2 genannten Regelungen aus dem Jahr 2009 gelten in der Zeit vom 01.01.2010 bis 30.06.2010, vorbehaltlich anderslautender Regelungen auf Bundesebene, weiter.
- (4) Für den Zeitraum ab 01.07.2010 werden – vorbehaltlich anderslautender Regelungen auf Bundesebene – die Bestimmungen gemäß Absatz 5 bis 7 wirksam. Sie entfalten ihre Wirkung nur für am organisierten Notdienst teilnehmende Ärzte und gelten nicht für Krankenhäuser und Institute.
- (5) Das für die Vergütung des organisierten Notdienstes notwendige Honorarvolumen wird nach Trennung der Gesamtvergütung versorgungsbereichsbezogen von den vorläufigen RLV-Vergütungsvolumina gemäß Beschluss Teil F Anlage 2 Punkt 2a und 2b vorweg abgezogen und in einem zweckgebundenen Fonds zusammengeführt. Die versorgungsbereichsbezogenen 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.
- (6) Die Abrechnung der im organisierten Notdienst abgerechneten Leistungen erfolgt gegenüber den Krankenkassen auf der Basis des EBM.
- (7) Arztseitig werden die Leistungen im organisierten Notdienst als Pauschalen vergütet.

**§ 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**

- (1) Die KV Thüringen verpflichtet sich, die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen von der Haftung für die auf der Grundlage der vereinbarten Ergänzungen der Anlage 6 der Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2010 ergangenen Bescheide freizustellen, soweit sich etwaige Verfahren auf Punkt 5 der Anlage 6 in Verbindung mit den daraus resultierenden Regelungen der KV Thüringen beziehen.
- (2) Zusätzlich erfolgt eine Freistellung von der Haftung für die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen durch die KV Thüringen für die auf der Grundlage der vereinbarten Vertragsergänzung ergangenen Honorarbescheide für das I. Quartal 2010, soweit sich etwaige Verfahren auf Teil B (Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20.04.2009) der Ergänzung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 10. Sitzung zur Änderung des Beschlusses Teil A vom 15.01.2009 in der Fassung vom 27.02.2009 bzw. auf Regelungen beziehen, die auf dem vorgenannten Beschluss basieren (Steuerung der Mengenentwicklung).
- (3) Die KV Thüringen verpflichtet sich, die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen von der Haftung für die auf der Grundlage der vereinbarten Ergänzungen in Teil 4 § 1 Abs. 3 Punkt 13 ergangenen Bescheide freizustellen.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 16.12.2009

gez.
Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez.
AOK PLUS

gez.
BKK-Landesverband Ost
- Landesrepräsentanz Thüringen -

gez.
IKK Thüringen

gez.
Krankenkasse für Gartenbau, handelnd für
die Landwirtschaftliche Krankenversicherung

gez.
Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

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

**Protokollnotiz zur
Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in
Thüringen für das Jahr 2010**

Die Knappschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung werden auf Basis des § 82 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 83 Satz 1 sowie § 87a Abs.3 SGB V für die Zeit ab dem 1. Januar 2010 den bestehenden Gesamtvertrag KBV/Knappschaft einschließlich Anlagen weiterentwickeln. Soweit darin Regelungen enthalten sind, die von den Regelungen in dem vorliegenden Vertrag abweichen, sind sich die KV Thüringen und die Knappschaft einig, dass die Regelungen des Gesamtvertrages KBV/Knappschaft einschließlich der Anlagen Vorrang haben.

Anlage 1a Berechnung und Festlegung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs je Versicherten

Krankenkasse:

VKNR:

1. Ermittlung der Leistungsmenge

Basis für die Berechnungen des Behandlungsbedarfes ist die je Krankenkasse für die nach dem Wohnortprinzip für den Bezirk der KV Thüringen zuzuordnenden Versicherten zuzüglich der nach § 264 Abs. 2 bis 6 SGB V berechnete Personenkreis erbrachte und sachlich-rechnerisch anerkannte Menge vertragsärztlicher Leistungen aus dem Jahr 2008. Berechnungsgrundlage sind die Daten gemäß Satzart ARZTRG87c4. Einzubeziehen sind alle Punktzahlleistungen des EBM und die in Euro vergüteten Leistungen und Kosten.

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

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

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

Nicht einzubeziehen sind alle Leistungen gemäß Beschluss Teil B 1.3 sowie die Dialysesachkosten des Kapitels 40.14 EBM.

Quartal	LB Pkt vor HVV	LB € vor HVV	Gesamt vor HVV
20081	3.000.000,0	250.000,0	3.250.000,0
20082	3.000.000,0	250.000,0	3.250.000,0
20083	3.000.000,0	250.000,0	3.250.000,0
20084	3.000.000,0	250.000,0	3.250.000,0
Gesamt	12.000.000,0	1.000.000,0	13.000.000,0

Die so bestimmte Leistungsmenge wird mit der HVV-Quote für Thüringen in Höhe von **0,9065** multipliziert.

Ges. vor HVV	13.000.000,0
HVV Quote	90,65%
LB nach HVV	11.784.500,0

2. Ermittlung des Behandlungsbedarfs je Versicherten

Die gemäß 1. ermittelte Leistungsmenge wird durch die Anzahl der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2008 auf der Grundlage der Satzart ANZVER87c4 zuzüglich des nach § 264 Abs. 2 bis 6 SGB V berechtigten Personenkreises mit Wohnort im Bezirk der KV Thüringen gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 154. Sitzung dividiert.

LB nach HVV	11.784.500,0
Versicherte	1.400
LB/Vers.	8.417,5

3. Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge

Die unter 2. ermittelte Leistungsmenge je Versicherten ist um die bundesdurchschnittliche Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge je Versicherten des Jahres 2009 gegenüber 2008 von **5,1 %** anzupassen.

LB/Vers.	8.417,5
Morbi-Veränd.	5,10%
LB/Vers.	8.846,8

4. Angepasste Leistungsmenge je Versicherten

Die unter 3. berechnete Leistungsmenge je Versicherten ist um die Veränderungsrate, ermittelt aus einer diagnosebezogenen und demographischen Komponente, von **1,6616 %** anzupassen. Bereinigungen des Behandlungsbedarf aufgrund von Selektivverträgen sind zu berücksichtigen und gesondert auszuweisen.

LB/Vers.	8.846,8
Steigerung	1,6616%
LB/Vers.	8.993,8

5. Angepasste Leistungsmenge je Versicherten aufgrund von GKV-OrgWG

Die unter 4. ermittelte angepasste Leistungsmenge je Versicherten ist aufgrund der Auswirkungen des GKV-OrgWG um die Veränderungsrate von **0,3357 %** anzupassen.

LB/Vers.	8.993,8
Steigerung	0,3357%
BB/Vers.	9.024,0

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

Lfd. Nr.	Schritt	Hinweise/Anmerkungen
1	Division des Behandlungsbedarfs je Versicherten aus Anlage 1a durch 4	Verteilung des Behandlungsbedarfes je Versicherten gleichmäßig auf die Quartale
2	Multiplikation Ergebnis Lfd. Nr. 1 mit der aktuell vorliegenden Versichertenzahl je Quartal 2010	Beschluss Teil B Punkt 6 „aktuellen Zahl der Versicherten der Krankenkasse“
3	Multiplikation Ergebnis Lfd. Nr. 2 mit vereinbarten Punktwert gemäß Teil 2 § 1	= morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Quartal

Krankenkasse

VKNR:

1	BB 2010 je Versicherten	/	4	=	BB 2010 je Vers. je Quartal
2	BB 2010 je Vers. je Quartal	x	Versicherte	=	BB je Quartal
3	BB je Quartal	x	regionaler Punktwert 3,5048 €-Cent	=	MGV je Quartal

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

Krankenkasse:

VKNR:

Zusammensetzung der Fusion:

Aufnehmender Kostenträger:

Fusionskette:

VKNR	BB 2010 je Versicherten	BB 2010 je Vers. je Quartal	aktuelle Versicherten	gewicht. BB 2010 je Vers. je Quartal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>				<input type="text"/>

Anlage 2 Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

(1) Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden nicht in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung einbezogen und sind daher von den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten. Soweit es sich um in Punkten bewertete Leistungen handelt, werden diese 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
2	Ambulante Operationen	Kapitel 31 EBM sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13431
3	Prävention	Abschnitte 1.7.1, 1.7.2, 1.7.3 sowie 1.7.4 EBM
4	Durchführung von Vakuumbiopsien	GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855
5	Strahlentherapie	Kapitel 25 EBM und GOP 40840 und 40841
6	Phototherapeutische Keratektomie	GOP 31362, 31734, 31735 und 40680
7	Künstliche Befruchtung	Abschnitt 8.5 EBM sowie GOP 01510, 01511, 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 11311, 11312, 11320, 11321, 11322, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32660, 32781, 33043, 33044, 33090, 36272, 36503 und 36822
		Die Leistungen der künstlichen Befruchtung werden von der KV Thüringen mit „X“ gekennzeichnet. Die mit einem „X“ versehenen Leistungen werden mit dem 50 %igen Punktzahlvolumen der GOP des EBM im Formblatt 3 ausgewiesen.
8	Substitutionsbehandlung	GOP 01950 bis 01952
9	Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37 b SGB V	Abschnitt 40.17 EBM GOP 40860 und 40862
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	Beantragung und Beurteilung besonderer Arzneimitteltherapie	Abschnitt 40.17 EBM GOP 40865, 40866, 40867 und 40868

- | | | |
|----|--|--|
| 14 | Diagnostik der Infektion mit der so genannten „neuen Grippe“ (gültig ab 17.08.2009 bis 31.12.2010) | GOP 88740 und 88741 |
| 15 | Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen | Abschnitt 32.2.8 EBM GOP 32880, 32881, 32882 |
| 16 | Dialysesachkosten | Abschnitt 40.14 EBM |
- (2) Die KV Thüringen übermittelt quartalsweise den Vertragspartnern eine Aufstellung der Ärzte mit entsprechenden Abrechnungsgenehmigungen der Nummern 9 bis 13 nach Absatz 1 in maschinenlesbarer Form.
- (3) Abweichend von Absatz 1 verständigen sich die Vertragspartner, für die Leistungen des Mammographie-Screenings gemäß Abschnitt 1.7.3 EBM die bisherige Vergütungshöhe und -systematik des Jahres 2009 für das Jahr 2010 beizubehalten.

Anlage 3 Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen

	Abr.-Nr.	Pauschale
Sachkosten Cergem	99250	52,87 €
Sachkosten für Linsenimplantate bei Kataraktoperationen		
für PMMA-Linsen	99401	120,00 €
für Silicon-Implantate	99402	150,00 €
für Acryl-Implantate	99403	180,00 €
für Hyaluronsäure-Präparate	99404	40,00 €
für Methylzellulose-Präparate	99405	12,00 €
Sachkosten für LDL-Apherese	99700	1022,58 €
Sachkosten für suprapubische Katheder	99920	22,00 €
Sachkosten für doppelumige 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. o. histologisch / zytologisch gesicherten onkologischen Systemerkrankung	96504	15,00 €
Orale zytostatische Chemotherapie, Zusatzangaben erforderlich	96505	60,00 €
Gabe von Bluttransfusionen oder Gabe von Thrombozytenkonzentraten	96506	40,00 €

		Abr.- Nr.	Pauschale
Wegepauschalen			
Entfernungsradius bis 2 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97301	3,60 €
Entfernungsradius über 2 bis 5 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97302	7,00 €
Entfernungsradius über 5 bis 10 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97303	10,20 €
Entfernungsradius über 10 bis 15 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97304	13,00 €
Entfernungsradius über 15 bis 20 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97305	16,00 €
Entfernungsradius über 20 bis 25 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97306	19,00 €
Entfernungsradius über 25 bis 30 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97307	22,00 €
Entfernungsradius über 30 bis 35 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97308	25,00 €
Entfernungsradius über 35 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97309	28,00 €
Entfernungsradius bis 2 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97321	8,60 €
Entfernungsradius über 2 bis 5 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97322	12,00 €
Entfernungsradius über 5 bis 10 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97323	15,20 €
Entfernungsradius über 10 bis 15 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97324	18,00 €
Entfernungsradius über 15 bis 20 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97325	21,00 €
Entfernungsradius über 20 bis 25 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97326	24,00 €
Entfernungsradius über 25 bis 30 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97327	27,00 €
Entfernungsradius über 30 bis 35 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97328	30,00 €
Entfernungsradius über 35 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97329	33,00 €
Pauschale für 1. Besuch nach amb. OP über 10 km am Tag	7.00 bis 19.00 Uhr	97340	12,80 €
Pauschale für 1. Besuch nach amb. OP über 10 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97341	17,80 €

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

Impfungen

Impfungen	Dokumentationsnummer/Abr.-Nummer			Vergütung
	erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	Auffrischungsimpfung	
1-fach-Impfungen				
Diphtherie (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89100 A	89100 B	89100 R	5,75 €
Diphtherie Sonstige Indikationen	89101 A	89101 B	89101 R	
Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME)	89102 A	89102 B	89102 R	5,75 €
Haemophilus influenzae Typ b (Standardimpfung) Säuglinge und Kleinkinder	89103 A	89103 B		5,75 €
Haemophilus influenzae Typ b Sonstige Indikationen	89104 A	89104 B		
Hepatitis A	89105 A	89105 B	89105 R	5,75 €
Hepatitis B (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89106 A	89106 B		5,75 €
Hepatitis B Sonstige Indikationen	89107 A	89107 B	89107 R	
Hepatitis B Dialysepatienten	89108 A	89108 B	89108 R	
Humane Papillomaviren (HPV) Mädchen und weibliche Jugendliche 12-17 Jahre*	89110 A	89110 B		5,75 €
Influenza (Standardimpfung) Personen über 60 Jahre	89111			5,75 €
Influenza Sonstige Indikationen	89112			
Masern (Erwachsene)	89113			5,75 €
Meningokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung) Kinder	89114			5,75 €
Meningokokken Sonstige Indikationen	89115 A	89115 B	89115R**	
Pertussis (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89116 A	89116 B	89116 R	5,75 €
Pertussis Sonstige Indikationen	89117 A	89117 B		
Pneumokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung) Kinder bis 24 Monate	89118 A	89118 B		5,75 €
Pneumokokken Polysaccharidimpfstoff (Standardimpfung) Personen über 60 Jahre	89119			
Pneumokokken Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge angeborener oder erworbener Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion oder infolge einer chronischen Krankheit	89120		89120 R	
Poliomyelitis (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89121 A	89121 B	89121 R	5,75 €
Poliomyelitis Sonstige Indikationen	89122 A	89122 B	89122R**	
Röteln (Erwachsene)	89123			5,75 €
Tetanus	89124 A	89124 B	89124 R	5,75 €
Varizellen (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89125 A	89125 B		5,75 €
Varizellen Sonstige Indikationen	89126 A	89126 B		

Impfungen	Dokumentationsnummer/Abr.-Nummer			Ver- gütung
	erste Dosen eines Impf- zyklus, bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impf- zyklus nach Fachinfor- mation	Auf- frischungs- impfung	
2-fach-Impfungen				
Diphtherie, Tetanus (DT)	89200 A	89200 B		8,60 €
Diphtherie, Tetanus (Td)	89201 A	89201 B	89201 R	8,60 €
Hepatitis A und Hepatitis B (HA – HB) Nur bei Vorliegen der Indikationen für eine Hepatitis A und eine Hepatitis B Impfung	89202 A	89202 B		8,60 €
Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B	89203 A	89203 B		8,60 €
3-fach-Impfungen				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (DTaP)	89300 A	89300 B		9,20 €
Masern, Mumps, Röteln (MMR)	89301 A	89301 B		11,80 €
Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV)	89302		89302 R***	9,20 €
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap)	89303		89303 R***	9,20 €
4-fach-Impfungen				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapIPV)	89400		89400 R***	9,80 €
Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV)	89401 A	89401 B		11,80 €
5-fach-Impfung				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DTaPIPv-Hib)	89500A	89500 B		10,80 €
6-fach-Impfung				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B	89600 A	89600 B		16,80 €

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

** keine routinemäßige Auffrischung

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

Anlage 3 a Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

AOK PLUS

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

1.1 Arztanfragen der AOK PLUS

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

1.2 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der AOK PLUS abzurechnen.

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

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

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

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

2.2 Information über Sekundärprävention gemäß Vertrag

- ärztliche Beratung, Information und Befürwortung der Maßnahme

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

- Abschlussuntersuchung des Arztes

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

Anlage 3 b

Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

BKK-Landesverband Ost, Landesrepräsentanz Thüringen
--

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen BKK abzurechnen.

Anlage 3 c Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

IKK Thüringen

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

1.1 Arztanfragen

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

1.2 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen IKK abzurechnen.

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

Bei den unter 2 aufgeführten Leistungen handelt es sich lediglich um eine vervollständigende Aufstellung.

2.1 Schulung von Diabetikern außerhalb des DMP

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

Anlage 3 d

Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

vdek, Landesvertretung Thüringen

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen Ersatzkasse abzurechnen.

Anlage 3 e

Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

Knappschaft

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der Knappschaft abzurechnen.

Anlage 3 f

Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

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

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der Krankenkasse für den Gartenbau abzurechnen.

Anlage 3.1

Arztbezogener Ausweis der Zuschläge gemäß § 7 Abs. 3 der Vereinbarung
Kassenseitige Abrechnung der Zuschläge für Unterversorgung im Jahr 2010 (je betroffenen Vertragsarzt)

Krankenkasse:
Quartal:

Planungs- bereich/ Region	Arztangaben			Zuschl. zum PW im Regelfall		RLV it. Zuweisung KVT in Euro	Zuschläge zum RLV (für bereichseigene Fälle)		Zuschläge für Lstg. der Vorwegabzüge		Zuschläge für Leistungen der EGV		Zuschläge der KK Gesamt in Euro	
	Name, Vorname	LANR	BSNR	NBSNR	PW UV in Euro		Differenz zum PW Regelfall in Euro	RLV-relevante Leistungsmenge bereichseigene Fälle GKV in Punkten	Anteil der KK in Punkten	in %	Zuschlag GKV in Euro	Zuschlag KK (RLV) in Euro		Zuschlag KK (EGV) in Euro

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, Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
- 9) Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 9a) Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit sonographischer Gefäßuntersuchung
- 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 mit einem überdurchschnittlichen Anteil (> 80 %) an nicht RLV-relevanten Leistungen
- 25a) Fachärzte für Orthopädie mit einem unterdurchschnittlichen Anteil (≤ 80 %) an nicht RLV-relevanten Leistungen (Grundversorgerpraxen)

- 26) Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapeutisch tätige Ärzte, mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie (GOP's 35200 – 35225) im Vorjahresquartal von höchstens 30 %
- 27) Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapeutisch tätige Ärzte, mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie (GOP's 35200 – 35225) im Vorjahresquartal von mehr als 30 %
- 28) Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie und Fachärzte für Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT, zu erkennen an der Abrechnung der GOP's des Abschnittes 34 ohne die Leistungen der Abschnitte 34.3 (GOP's 34310 – 34360) und 34.4 (GOP's 34410 – 34460)
- 29) Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie und Fachärzte für Radiologie mit Vorhaltung von CT, zu erkennen an der Abrechnung der GOP's des Abschnittes 34 incl. der Leistungen des Abschnittes 34.3 (GOP's 34310 – 34360) ohne Leistungen des Abschnitts 34.4 (GOP's 34410 – 34460).
- 30) Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie und Fachärzte für Radiologie mit Vorhaltung von MRT, zu erkennen an der Abrechnung der GOP's des Abschnittes 34 incl. der Leistungen des Abschnitts 34.4 (GOP's 34410 – 34460) ohne Leistungen des Abschnitts 34.3 (GOP's 34310 – 34360)
- 31) Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie und Fachärzte für Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT, zu erkennen an der Abrechnung der GOP's des Abschnittes 34 incl. der Leistungen der Abschnitte 34.3 (GOP's 34310 – 34360) und 34.4 (GOP's 34410 – 34460)
- 32) Fachärzte für Urologie
- 33) Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM
- 34) Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin

Anlage 5 Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung

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

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

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

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

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

- Zweigpraxen im Planungsbereich

Wurden im regionalen Einzugsbereich des Antragstellers und des Fachkollegen der geschlossenen Praxis innerhalb der letzten drei Quartale Genehmigungen zum Führen einer Zweigpraxis (ZP) erteilt, wird schon deshalb regionaler Bedarf angenommen. In diesem Fall kann eine weitergehende detaillierte Einzelfallprüfung der regionalen Versorgungssituation unterbleiben. Es wird jedoch ggf. durch Rücksprache mit der Hauptabteilung Kassenärztliche Versorgung geprüft, ob es sich um eine ZP aus Sicherstellungsgründen handelt oder um eine Nebenbetriebsstätte.
- Versorgungsgrad entsprechend der Bedarfsplanungsrichtlinie im jeweiligen Planungsbereich und entsprechend der Fachgruppe
- Planungstyp entsprechend der Bedarfsplanungsrichtlinie
- Anzahl der niedergelassenen Ärzte im Planungsbereich/ Fachgebiet
- Anzahl der niedergelassenen Ärzte am Praxisort/Umgebung des Antragstellers und des Fachkollegen der geschlossenen Praxis (regionaler Einzugsbereich)
- praxisbezogene Bestimmung des Arzt/Einwohnerverhältnisses nach den Bestimmungen der Bedarfsplanungsrichtlinie
- tatsächliche Einwohnerzahl im regionalen Einzugsbereich des Antragstellers
- Gegenüberstellung der Anzahl der Einwohner pro Arzt mit der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe im Planungsbereich zur Anzahl der Einwohner pro Arzt und durchschnittlichen Fallzahl der niedergelassenen Fachkollegen im Einzugsbereich des Antragstellers im aktuellen Abrechnungsquartal.

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

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

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

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

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

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

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

- Genehmigung einer Zweigpraxis

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

- Praxisübernahme

Praxisnachfolger werden grundsätzlich wie neu niedergelassene Vertragsärzte behandelt. Für Praxisnachfolger gelten die Regelungen in Teil 4, § 3 Abs. 4 entsprechend. Auf Antrag des Praxisnachfolgers kann die vorgenannte Regelung ausgesetzt werden, wenn anhand der Fallzahlen und des Leistungsspektrums erkennbar ist, dass die Praxis in vollem Umfang übernommen wurde. In diesem Fall erhält der Antragsteller höchstens die RLV-Fallzahl des Praxisvorgängers zuerkannt.

- Auflösung einer Berufsausübungsgemeinschaft wegen Trennung oder Verzicht eines Partners

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

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

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

Anlage 6 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

1. Auf Antrag des Arztes kann die KV Thüringen einen Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten gewähren.
2. Von einem überproportionalen Honorarverlust ist auszugehen, wenn das festgestellte Honorar eines Quartals des Jahres 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 Wegegebühren 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 zu stellen.
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 zurückzuzahlen.

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

Anlage 7a - Berechnung Hausärzte
zu differenzieren je Arztgruppe gemäß Anlage 4

Hausärzte		nach Abschluss des Quartals			
RLV Vergütungsvolumen Hausärzte		- €			
Vorwegabzüge		bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte	tatsächliche Werte nach Quartalsabschluss	tatsächlicher Leistungsbedarf	Punkt-wert
2 % des RLV Volumens für abgestaffelt zu vergütende Leistungen		- €	- €		
bis zu 5 % für Rückstellungen gem. Teil G		- €	- €		
Zahlungen für ermächtigte Ärzte und Einrichtungen		- €	- €		
RLV Aufschlag bei BAG's, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten		- €	- €		
Leistungen im organisierten Notfalldienst und Leistungen im Notfall von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Instituten und Krankenhäusern		- €	- €		
Kosten Labor Kapitel 32		- €	- €		
Kosten Pauschalen Kapitel 40		- €	- €		
belegärztliche Leistungen außerhalb Kap. 36 EBM		- €	- €		
RLV Vergütungsvolumen		- €	- €		
Berechnung - Fachärzte für ... (Bezeichnung gemäß Anlage 4)					
EBM Faktoren		10,00000%			
Leistungsbedarf		-			
" Fachgruppentöpfe" (%-ual)		10,0000%			
da die Summe alle %-ualen Anteile für "Fachgruppentöpfe" 99,76337 % ergibt erfolgt eine Anpassung auf 100 %					
Anteile für Fachgruppentöpfe		10,0000%			
"Honorarvolumen virtuelle Fachgruppentöpfe"		- €			
Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen gemäß Teil F Anlage1 Nr. 5		- €	- €		
Zahlungen für die Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (GOP 04523, 04525, 04527, 04537)		- €	- €		
besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)		- €	- €		
dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)		- €	- €		
Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- und Indikationsauftrag) (GOP 03241 und 04241)		- €	- €		
Nephrologische Leistungen des Abschnitts 4.5.4		- €	- €		
Leistungen Abschnitt 30.7.1 durch nicht ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Ärzte		- €	- €		
Akupunktur 30.7.3		- €	- €		
Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001)			- €		
"verbleibendes Honorarvolumen virtuelle Fachgruppentöpfe für Fallwert Berechnung"			- €		
"RLV-Fallzahl Fachgruppentöpfe"		-			
Fallwerte		- €	- €		

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

Anlage 7b - Berechnung Fachärzte
zu differenzieren je Arztgruppe gemäß Anlage 4

Fachärzte				
RLV Vergütungsvolumen Fachärzte		- €		
Vorwegabzüge		nach Abschluss des Quartals		
	bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte	tatsächliche Werte nach Quartalsabschluss	tatsächlicher Leistungsbedarf	Punkt- wert
2 % des RLV Volumens für abgestaffelt zu vergütende Leistungen	- €	- €		
bis zu 5 % für Rückstellungen gem. Teil G	- €	- €		
Zahlungen für ermächtigte Ärzte und Einrichtungen	- €	- €		
Zahlungen für Fachgruppen ohne RLV	- €	- €		
RLV Aufschlag bei BAG's, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten	- €	- €		
Leistungen im organisierten Notfalldienst und Leistungen im Notfall von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Instituten und Krankenhäusern	- €	- €		
Kosten Labor Kapitel 32	- €	- €		
Kosten Pauschalen Kapitel 40	- €	- €		
Zahlung für nicht Antrags- und Genehmigungspflichtige Psychotherapie an ausschließlich tätige Leistungserbringer	- €	- €		
belegärztliche Leistungen außerhalb Kap. 36 EBM	- €	- €		
RLV Vergütungsvolumen	- €	- €		
Berechnung - Fachärzte für ...(Bezeichnung gemäß Anlage 4)				
EBM Faktoren	10,00000%			
Leistungsbedarf	-			
" Fachgruppentöpfe" (%-ual)	10,0000%			
da die Summe alle %-ualen Anteile für "Fachgruppentöpfe" 99,76337 % ergibt erfolgt eine Anpassung auf 100 %				
Anteile für Fachgruppentöpfe	10,0000%			
"Honorarvolumen virtuelle Fachgruppentöpfe" ¹⁾	- €			
Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen gemäß Teil F Anlage1 Nr. 6	- €	- €		
Zahlungen für die Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (GOP 13437, 13438, 13439, 13677)	- €	- €		
besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)	- €	- €		
dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)	- €	- €		
ambulante praxisklinische Betreuung (GOP 01510 bis 01531)	- €	- €		
Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7	- €	- €		
Leistungen des Abschnitts 5.3	- €	- €		
Behandlung Naevi Flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324)	- €	- €		
Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225)	- €	- €		
Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (GOP 13253 und 27323)	- €	- €		
Nephrologische Leistungen des Abschnitts 13.3.6	- €	- €		
Bronchoskopie (GOP 09315, 09316, 13662 bis 13670)	- €	- €		
Gesprächs- und Betreuungsleistungen (GOP 14220, 14222, 21216, 21220, 21222)	- €	- €		
Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331)	- €	- €		
ESWL (GOP 26330)	- €	- €		
Leistungen Abschnitt 30.7.1 durch nicht ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Ärzte	- €	- €		
Akupunktur 30.7.3	- €	- €		
Polysomnographie (GOP 30901)	- €	- €		
Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001)	- €	- €		
MRT Angiographie Abschnitt 34.4.7	- €	- €		
"verbleibendes Honorarvolumen virtuelle Fachgruppentöpfe für Fallwert Berechnung"	- €	- €		
"RLV-Fallzahl Fachgruppentöpfe"	-			
Fallwerte	- €	- €		

¹⁾ Für die Facharztgruppen Nr. 24 sowie 28 bis 31 gemäß Anlage 4 erfolgt eine gesonderte weitergehende Berechnung anhand Anlage 7c zur Ermittlung der RLV-Fallwerte

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

Anlage 7c - Ermittlung der RLV-Fallwerte für die Facharztgruppen Nr. 24 und 28 - 31

Thüringer Modell x. Quartal 2010			
Honorarvolumen (Summe des Honorarvolumens virtuelle Fachgruppentöpfe gemäß Anlage 7b)			
27	Fachärzte für Nuklearmedizin	- €	
32	Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	- €	
33	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	- €	
34	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	- €	
35	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	- €	
gesamt Honorarvolumen Radiologen		- €	
		nach Abschluss des Quartals	
		tatsächliche Werte Vergütung	tatsächlicher Leistungsbedarf
			Punkt-wert
Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen gemäß Teil F Anlage 1 Nr. 6		- €	
besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)		- €	
dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)		- €	
ambulante praxisklinische Betreuung (GOP 01510 bis 01531)		- €	
Behandlung Naevi Flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324)		- €	
Zahlungen für die Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (GOP 13437, 13438, 13439, 13677)		- €	
Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225)		- €	
Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (GOP 13253 und 27323)		- €	
Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331)		- €	
ESWL (GOP 26330)		- €	
Belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36		- €	
Leistungen Abschnitt 30.7.1 durch nicht ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Ärzte		- €	
Akupunktur 30.7.3		- €	
Polysomnographie (GOP 30901)		- €	
Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001)		- €	
MRT Angiographie Abschnitt 34.4.7		- €	
Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7		- €	
Leistungen des Abschnitts 5.3		- €	
Nephrologische Leistungen des Abschnitts 13.3.6		- €	
Bronchoskopie (GOP 09315, 09316, 13662 bis 13670)		- €	
Gesprächs- und Betreuungsleistungen (GOP 14220, 14222, 21216, 21220, 21222)		- €	
verbleibendes Gesamthonorarvolumen Radiologen		- €	

**Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen
mit Wirkung für das Jahr 2010 vom 16.12.2009**

Honorarvolumen Thüringer Modell	
verbleibendes Gesamthonorarvolumen Radiologen	- €

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 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	

kur. Ambulante Fallzahl/Fallzahlen	
kurativ-ambulante Fallzahl	

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

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			- €
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		100,00%	- €

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	- €
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	- €

