

Amtliche Bekanntmachung

Auf der Grundlage des Schiedsspruchs vom 13.05.2014 und den Regelungen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) insbesondere der §§ 87 bis 87c SGB V sowie den Beschlüssen/Empfehlungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses

wird die

Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2014

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

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

und

den Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- hkk

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

Inhalt

Teil 1: Allgemeine Grundsätze

Teil 2: Festlegung der regionalen Euro-Gebührenordnung

Teil 3: Berechnung der Gesamtvergütung in Thüringen

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

Anlagen

Anlage 1 Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2014

Anlage 2 Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Anlage 3 Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen

Anlagen 3 a – f Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

Anlage 4 Sachkostenformular

Teil 1 Allgemeine Grundsätze

Präambel

- (1) Auf der Basis der Neuordnung der vertragsärztlichen Versorgung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) und die Änderungen des zum 01.01.2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) sowie der tangierenden Beschlüsse/Empfehlungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses vereinbaren die oben genannten Vertragspartner (auf der Grundlage des Schiedsspruches vom 13.05.2014) nachfolgende Vergütungsregelung für die vertragsärztliche Versorgung. Diese gemeinsam und einheitlich geschlossene Vereinbarung ersetzt die kassenverbandsspezifischen – zumeist als Anlage 1 zu den Gesamtverträgen nach § 83 SGB V – Vergütungsregelungen.
- (2) Die Gesamtverträge nach § 83 SGB V sind gesondert anzupassen.
- (3) Weitere Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses für das Jahr 2014 werden durch den Schiedsspruch vom 13.05.2014 nicht tangiert und sind entsprechend umzusetzen.

§ 1 Geltungsdauer

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2014 in Kraft und endet am 31.12.2014, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

§ 2 Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

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

§ 3 Salvatorische Klausel

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

Teil 2

Festlegung der regionalen Euro-Gebührenordnung

§ 1

Festlegung des regionalen Punktwertes in Thüringen

- (1) Der regionale Punktwert in Thüringen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V wird in Höhe des - durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) in seiner 37. Sitzung am 25. September 2013 zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2014 - festgelegten Orientierungswertes vereinbart.
- (2) Der regionale Punktwert beträgt demnach 10,13 €-Cent.

§ 2

Regionale Euro-Gebührenordnung

- (1) Die Höhe der Vergütungen für in Punkten bewertete Leistungen des EBM ergibt sich grundsätzlich aus der Multiplikation des Punktwertes nach § 1 und der jeweiligen Leistungsbewertung in Punkten.
- (2) Die Preise für in Punkten bewertete Leistungen werden in einer regionalen Euro-Gebührenordnung abgebildet.
- (3) In Euro ausgewiesene Leistungen sollen grundsätzlich in der im EBM festgelegten Höhe vergütet werden.
- (4) Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (EGV) werden grundsätzlich nach den Preisen der regionalen Gebührenordnung vergütet.
- (5) Sofern zwischen den Partnern der Gesamtverträge Leistungen vereinbart werden, welche nicht im EBM enthalten sind, werden diese Leistungen mit den jeweils vereinbarten Preisen vergütet. Die Preise werden als besondere regionale Gebührenordnungspositionen in die regionale Euro-Gebührenordnung einbezogen.

§ 3

Bekanntmachung

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

Teil 3 Berechnung der Gesamtvergütung in Thüringen

§ 1 Grundsätze

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

§ 2 Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

- (1) Rechtsgrundlage für die Ermittlung der MGV ist § 87a Abs. 3 i. V. m. Abs. 4 SGB V.
- (2) Die MGV je Krankenkasse wird gemäß **Anlage 1** wie folgt ermittelt:
 - a) „Grundlage der Vereinbarung der Behandlungsbedarfe sind die gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V vereinbarten und um selektivvertragliche Leistungen bereinigten Behandlungsbedarfe des Vorjahresquartals für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV Thüringen. Hierfür sind die Daten der jeweils geltenden Beschlüsse des Bewertungsausschusses (KASSRG87aMGV_SUM) maßgebend. Dazu werden im Vorfeld die Versichertenzahlen sowie der Behandlungsbedarf quartalsweise bilateral zwischen der KV Thüringen und den Krankenkassenverbänden abgestimmt. Aufgrund der gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 304. Sitzung erfolgten Anhebung des Orientierungswertes von 3,5363 Cent auf 10 Cent zum 1. Oktober 2013 ist für die ersten drei Quartale des Jahres 2013 der abweichende thüringenspezifische Faktor von 0,35048 anzuwenden.“
 - b) Der Behandlungsbedarf je Vorjahresquartal nach Buchstabe a) wird bereinigt um
 - Leistungen der rheumatologischen Versorgung (GOP 13700, 13701)
 - Aufwandspauschale der ambulanten Behandlung der Wachkomapatienten (Abr.-Nr. 99210)auf Grundlage der Bruttoleistungsmenge des Vorjahresquartals.
 - c) Der Behandlungsbedarf nach Buchstabe b) wird zusätzlich bis 30.06.2014 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung um
 - die nephrologischen Leistungen gemäß Abschnitt 13.3.6 EBM und die pädiatrischen nephrologischen Leistungen gemäß Abschnitt 4.5.4 EBM sowie die pädiatrischen Versichertenpauschalen GOP 04110, 04111, 04112, 04120, 04121, 04122 (wenn in dem selben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden)auf der Grundlage der Bruttoleistungsmenge des Vorjahresquartals bereinigt.
 - d) *Dies ergibt den angepassten Behandlungsbedarf über alle Krankenkassen des jeweiligen Vorjahresquartals (2013).*
 - e) Der jeweilige kassenspezifische Anteil am angepassten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals aller Krankenkassen wird ermittelt auf der Grundlage der im Vorjahresquartal für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort in Thüringen

abgerechneten Leistungen (ARZTRG87aKA_IK) nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung (die im Abrechnungsquartal der MGV angehören) im Verhältnis zu den für Versicherte aller Krankenkassen mit Wohnort in Thüringen im Vorjahresquartal abgerechneten Leistungen (ARZTRG87aKA_SUM) nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung (die im Abrechnungsquartal der MGV angehören). Leistungen der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme (NVI) werden nach den Satzarten ARZTRG87aNVI abgezogen.

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

g) Dieser kassenspezifische Aufsatzwert wird korrigiert um:

- die Veränderung der kassenspezifischen Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal gegenüber dem Vorjahresquartal,
- die durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten für alle Selektivverträge im Vorjahresquartal multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenanzahl der Krankenkasse im Vorjahresquartal.

h) Dies ergibt den korrigierten kassenspezifischen Aufsatzwert je Abrechnungsquartal.

i) Der korrigierte kassenspezifische Aufsatzwert je Abrechnungsquartal wird weiterentwickelt. Die jeweils auf den korrigierten kassenspezifischen Aufsatzwert bezogenen Steigerungen ergeben sich aus

- der Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V in Höhe von 1,5707 v. H.,
- der Förderung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung in Höhe von 0,6013 v. H. gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 319. Sitzung,
- der Förderung von Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs in Höhe von 0,54 v. H. auf der Grundlage von § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V, die Inhalt von Teil 3, § 2a Abs. 3 dieser Vereinbarung sind.

Die einzelnen Bestandteile der Steigerungen werden zu dem kassenspezifischen Aufsatzwert nach *h)* addiert.

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

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

(3) Die kassenspezifische MGV je Quartal ergibt sich aus der Multiplikation des endgültigen kassenspezifischen Aufsatzwertes (Behandlungsbedarf) je Abrechnungsquartal mit dem Punktwert in Höhe von 10,13 €-Cent.

(4) Bei Fusionen von Krankenkassen mit Versicherten in Thüringen wird für die neue (fusionierte) Krankenkasse ein neuer nach Versichertenzahlen gewichteter kassen-

spezifischer Aufsatzwert entsprechend des Beschlusses der 288. Sitzung des Bewertungsausschusses ermittelt.

- (5) Sofern Versicherte einer Krankenkasse ihren Wohnsitz im Ausland haben und diese in der Meldung der Versichertenzahlen enthalten sind, erfolgt die Abrechnung dieser Versicherten analog den übrigen Versicherten, d. h., dass in die Summe der Versicherten die Wohnausländer hinzuzurechnen sind.
- (6) Bei Krankenkassen, für die aus dem Jahr 2013 kein Leistungsbedarf und keine Versicherten zur Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2014 vorliegen und für die im Jahr 2014 erstmals Versicherte und Leistungsbedarf in Thüringen festgestellt werden, werden die vertragsärztlichen Leistungen, welche nach dieser Vereinbarung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten sind, für einen Zeitraum von maximal 4 Quartalen mit dem nach dieser Vereinbarung geltenden Punktwert für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unter Anwendung der kassenartenindividuellen durchschnittlichen Abstufungsquote vergütet.

§ 2a Förderungswürdige Leistungen

- (1) Aufgrund der besonderen vertragsärztlichen Versorgungssituation werden folgende Leistungen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V aus der MGV gefördert:
 - Hausbesuche/Praxispersonal (GOP 40870 und 40872),
 - augenärztliche Strukturpauschale (GOP 06225),
 - Leistungen der Pflegeheimversorgung (GOP 01410H, 01411H, 01412H, 01413H und 01415),
 - kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit neurologischer oder psychiatrischer Erkrankung in Heimen (GOP 16231 und 21231),
 - Versorgung von Patienten mit Harnableitungen in der häuslichen Pflege, in Heimen oder Wachkomaabteilungen (GOP 02321 bis 02323),
 - neurologisches Gespräch (GOP 16220),
 - psychiatrisches und kinder-/jugendpsychiatrisches Gespräch (GOP 21220 und 14220),
 - Polysomnographie (GOP 30901).
- (2) Soweit es sich um in Punkten bewertete Leistungen gemäß Abs. 1 handelt, werden diese mit einem Punktwertzuschlag in Höhe von 1,41 €-Cent auf den regionalen Punktwert gemäß Teil 2, § 1 dieser Vereinbarung vergütet. Bei - in Euro bewerteten – Leistungen gemäß Abs. 1 wird ein Zuschlag in Höhe von 15 v. H. auf den Euro-Betrag gezahlt. Die jeweiligen Zuschläge sind mit dem Großbuchstaben „T“ zu kennzeichnen.
- (3) Die gemäß Teil 3, § 2 Abs. 2 i) 3. Strich zusätzlich für das Jahr 2014 bereit gestellten Mittel in Höhe von 0,54 v. H. werden zweckgebunden zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung verwendet und sollen zu einer Verbesserung der Versorgung in diesem Versorgungsbereich beitragen. Die Förderung erfolgt in Form eines Punktwertzuschlages auf den regionalen Punktwert gemäß Teil 2, § 1 Abs. 2 für die Pauschalen fachärztliche Grundversorgung.
Hierunter zählen folgende Leistungen:
 - Anästhesiologie (GOP 05220),
 - Augenheilkunde (GOP 06220),
 - Chirurgie (GOP 07220),
 - Gynäkologie (GOP 08220),

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie (GOP 09220, 20220),
- Dermatologie (GOP 10220),
- Innere Medizin ohne Schwerpunkt (GOP 13220),
- Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie -psychotherapie (GOP 14214),
- Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie (GOP 16215, 21218),
- Orthopädie (GOP 18220),
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (GOP 22216),
- Psychotherapie (ärztliche und psychologische) sowie Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie (GOP 23216),
- Urologie (GOP 26220),
- Physikalische und Rehabilitative Medizin (GOP 27220).

Der Punktwertzuschlag ergibt sich quartalsweise aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen dividiert durch die Punktmengen aus den Leistungsanforderungen der Pauschalen fachärztliche Grundversorgung. Die jeweiligen Zuschläge sind mit dem Großbuchstaben „T“ zu kennzeichnen. Aufgrund des Abschlusses des Honorarvertrages im Juli 2014 erfolgt die Kennzeichnung jedoch erst ab dem II. Quartal 2014.

- (4) Neben dem Ausweis des Gesamtförderungsbetrages im Formblatt 3 im Vorgang 970 übermittelt die KV Thüringen für die unter Abs. 1 und 3 aufgeführten Leistungen quartalsweise je Krankenkasse die Höhe der jeweiligen Förderungsbeträge je Leistung.
- (5) Zur Transparenz der Wirkungen der zusätzlichen Steigerung für 2014 in Höhe von 0,54 v. H. gemäß Abs. 3, welche zur Verbesserung der fachärztlichen Grundversorgung beitragen soll, übermittelt die KV Thüringen den Krankenkassenverbänden quartalsweise über alle Kassenarten die Aufteilung des Vergütungsvolumens nach Abs. 3 sowie die Höhe des jeweiligen Punktwertzuschlages für die Pauschalen fachärztliche Grundversorgung. Dabei sind für die betroffenen Fachgruppen – jeweils durchschnittlich je Arzt - die Förderungsbeträge und die Honorare der vertragsärztlichen Tätigkeit darzustellen.

§ 3

Nicht vorhersehbarer morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf

Eine Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V für das Jahr 2014 erfolgt gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 312. Sitzung.

§ 4

Vergütung außerhalb der MGV

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

§ 5

Anrechnung von Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen

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

**§ 6
Abschlagszahlungen**

- (1) Vorbehaltlich der endgültigen Abrechnung leisten die Krankenkassen nach Anforderung durch die KV Thüringen bis zum zweiten Banktag (Wertstellung) des Folgemonats für den vorangegangenen Monat eine Abschlagszahlung in Höhe von 30 v. H. der vorläufigen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal des jeweiligen Vorjahresquartals zuzüglich 4,012 v. H. für das 2. Halbjahr 2014 unter Berücksichtigung der aktuell vorliegenden Versichertenzahlen je Krankenkasse.
- (2) Die Höhe der monatlichen Abschlagszahlungen auf die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu zahlenden Leistungsanteile und Sachkosten (inkl. auf kassenartenübergreifende oder kassenartenindividuelle regionale Vereinbarungen entfallende Honorierungen und Kostenerstattungen) wird auf 30 v. H. des jeweiligen Vorjahresquartals (Leistungsbedarf lt. regionaler Euro-Gebührenordnung in Euro) festgelegt.
- (3) Für Krankenkassen, bei denen die Abforderung den Betrag von 2.000 Euro nicht übersteigt, erfolgt keine Abforderung von Abschlagszahlungen.

**§ 7
Quartalsbezogene Endabrechnung**

- (1) Durch die KV Thüringen erfolgt eine quartalsbezogene kassenindividuelle Endabrechnung für die tatsächlich erbrachten vertragsärztlichen Leistungen für bereichseigene und bereichsfremde Ärzte.
- (2) Durch die Krankenkassen zu viel geleistete Abschlagszahlungen sind den jeweiligen Krankenkassen innerhalb einer Frist von 10 Arbeitstagen zurückzuzahlen.
- (3) Die Restzahlungen sind innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der rechnungsbegründenden Unterlagen (Rechnungsbrief mit Ausweisung der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 2 Abs. 3 sowie die vertragsgemäß erstellten Formblätter 3 für bereichseigene Ärzte, bereichsfremde Ärzte sowie bereichseigene und bereichsfremde Ärzte, DTA Einzelfallnachweis, Anlagen zu den Gut- und Lastschriften) bei den Krankenkassen von diesen zu begleichen.
- (4) Für die Abrechnung der Leistungen gelten die jeweils aktuellen Formblatt-3-Inhaltsbeschreibungen.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 24.07.2014

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte

gez. IKK classic

gez. Sozialversicherung
für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

gez. Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

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

1. Protokollnotiz

Grundsätze für das Verfahren der Benehmensherstellung

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

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

2. Protokollnotiz

Mehrkostenregelung gemäß § 33 Abs. 9 SGB V

- (1) Solange durch den Bewertungsausschuss keine Abrechnungsgrundlagen im EBM zur Mehrkostenregelung bei Intraokularlinsen (IOL) gemäß § 33 Abs. 9 SGB V geschaffen werden, findet nachfolgendes Abrechnungsverfahren Anwendung.
- (2) Sofern im Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen ambulanten Katarakt-Operation eine nicht indizierte Sonder-IOL auf Wunsch des Patienten implantiert wird, erstellt der Vertragsarzt eine gesonderte Rechnung an den Versicherten. Hierbei sind die vertragsärztlichen Leistungen auf der Basis des EBM sowie die vertraglich vereinbarten Sachkosten für Linsenimplantate analog einer medizinisch notwendigen Katarakt-Operation in Abzug zu bringen.
- (3) Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen sowie der vertraglich vereinbarten Linsenpreise erfolgt durch den Vertragsarzt über die KV Thüringen. Bei der Abrechnung sind die Leistungen und die Pseudo-GOP für die Linsen mit einem „S“ zu kennzeichnen.
- (4) Die über die o. g. Leistungen gemäß Abs. 3 hinausgehenden Mehrkosten der Linse sowie zusätzliche ärztliche Leistungen, welche ausschließlich durch Implantation der Sonderlinse notwendig werden, können entsprechend der abzuschließenden schriftlichen Vereinbarung (§ 18 Abs. 8 Satz 3 Nr. 3 BMV-Ä) privat gegenüber den Versicherten liquidiert werden.
- (5) Diese Regelung gilt ab 01.04.2014.

**- Anlage 1 -
Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie
der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
je Quartal 2014**

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

Die Berechnungen erfolgen kassenspezifisch.

Anlage 2 Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

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

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

Die Leistungen der künstlichen Befruchtung werden von der KV Thüringen mit „X“ gekennzeichnet. Die mit einem „X“ versehenen Leistungen werden mit dem 50 %igen Punktvolumen der GOP des EBM im Formblatt 3 ausgewiesen.

8	Substitutionsbehandlung und Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger	GOP 01950 bis 01952 sowie GOP 01955 und 01956
9	Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V	GOP 01425 und 01426
10	ärztlich angeordnete Hilfeleistungen	Abschnitt 40.18 EBM GOP 40870 und 40872
11	Leistungen im Rahmen der Versorgung von HIV-Infizierten	Abschnitt 30.10 EBM GOP 30920, 30922 und 30924
12	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese/ Apherese bei rheumatoider Arthritis	Abschnitt 13.3.6 EBM GOP 13620 - 13622
13	Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen	Abschnitt 32.2.8 EBM GOP 32880, 32881, 32882
14	Dialysesachkosten	Abschnitt 40.14 EBM
15	Balneophototherapie	Abschnitt 10.3 EBM GOP 10350
16	Varicella-Zoster-Virus Antikörper-Nachweis bei ungeklärter Immunitätslage im Rahmen der Empfängnisregelung	Abschnitt 1.7.5 EBM GOP 01833
17	Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikations-Therapie von Trägern mit MRSA	Abschnitt 87.8 EBM GOP 86770, 86772, 86774, 86776, 86778, 86780, 86781, 86782 und 86784 bis 31.03.2014 Abschnitt 30.12 EBM GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956 ab 01.04.2014
18	Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen	Abschnitt 35.2 EBM für alle Arztgruppen sowie GOP 35150 (Zusatz Großbuchst. „P“ oder „Q“) für genannte Arztgruppen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V
19	Schmerztherapeutische Leistungen für ausschließlich schmerztherapeutisch tätige bereichseigene Ärzte	Abschnitt 30.7 EBM GOP 30700 (Zusatz Großbuchst. „S“, „X“, „Y“ oder „Z“), GOP 30702, 30704, 30706, 30708 (Zusatz Großbuchst. „S“)
20	Narkosen bei zahnärztlichen Behandlungen bereichseigener Ärzte	GOP 05330, 05331, 05350 (Zusatz Großbuchst. „Z“)
21	Leistungen der spezifischen Immuntherapie	GOP 30130 und 30131

- | | | |
|----|--|---|
| 22 | Kinderpneumologische Leistungen | GOP 04530 bis 04537 |
| 23 | Nephrologie und Dialyse | Abschnitt 13.3.6 EBM ohne GOP 13620 bis 13622 |
| 24 | Pädiatrische Nephrologie und Dialyse | Abschnitt 4.5.4 EBM sowie die GOP 04000, 04010, 04040 und 04230 wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnittes 4.5.4 des EBM abgerechnet werden |
| 25 | Neuropsychologische Therapie | Abschnitt 30.11 EBM GOP 30930, 30931, 30932, 30933, 30934, 30935 (sowie die Höchstwertregelung nach 30936 sowie 30937 gemäß Codiertabelle) |
| 26 | Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus (HIV-Resistenztestung) | Abschnitt 32.3 EBM GOP 32821 und 32822 |
| 27 | Screening auf Gestationsdiabetes | GOP 01776, 01777 und 01812 |
| 28 | Leistungen der rheumatologischen Versorgung | GOP 13700, 13701 |
| 29 | Osteodensitometrie | GOP 34601 |
| 30 | Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms | GOP 04528, 04529, 13425, 13426 (gültig ab 01.07.2014) |
| 31 | Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe | GOP 06334, 06335, 31371, 31372, 31373, 36371, 36372 und 36373 (gültig ab 01.10.2014) |
- (2) Die KV Thüringen übermittelt quartalsweise den Vertragspartnern eine Aufstellung der Ärzte mit entsprechenden Abrechnungsgenehmigungen der Nrn. 8, 10 bis 12 sowie der Nrn. 15, 17 – 19, 25, 29, 30 und 31 nach Abs. 1 in maschinenlesbarer Form (csv-Format). Ergänzend zu Nr. 19 teilt die KV Thüringen quartalsweise den Vertragspartnern mit, welche ausschließlich schmerztherapeutisch tätigen Ärzte eine Genehmigung auf Fallzahlerhöhung (mit Anzahl) erhalten haben.

Anlage 3 Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen

	Abr.-Nr.	Pauschale
Aufwandspauschale für ambulante Behandlung von Wachkomapatienten je Behandlungsfall	99210	150,00 €
Sachkosten Cergem	99250	52,87 €
Sachkosten für Linsenimplantate bei Kataraktoperationen		
für PMMA-Linsen	99401	120,00 €
für Silicon-Implantate	99402	150,00 €
für Acryl-Implantate	99403	180,00 €
für Hyaluronsäure-Präparate	99404	40,00 €
für Methylzellulose-Präparate	99405	12,00 €
Sachkosten für LDL-Apherese	99700	1.022,58 €
Sachkosten für suprapubische Katheter	99920	22,00 €
Sachkosten für doppelumige Ovarial-Biopsienadeln	99921	55,10 €
Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der sozialpsychiatrischen Behandlung	88895	
(Das Nähere regeln die Vertragspartner in einer Ergänzungsvereinbarung.)		
Onkologie-Vereinbarung		
Versorgungsebene Eins		
Behandlung florider Hämoblastosen	96500	15,00 €
Behandlung solider Tumore unter tumorspezifischer Therapie, Zusatzangaben erforderlich	96501	15,00 €
Intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie	96502	20,00 €
Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie	96507	10,00 €
Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie ab 2 Stunden	96508	25,00 €
Versorgungsebene Zwei		
Intravasale zytostatische Tumorthherapie, Zusatzangaben erforderlich	96503	160,00 €
Behandlung einer laboratoriumsmed. oder histologisch/ zytologisch gesicherten onkologischen Systemerkrankung	96504	15,00 €
Orale zytostatische Chemotherapie, Zusatzangaben erforderlich	96505	60,00 €
Gabe von Bluttransfusionen oder Gabe von Thrombozytenkonzentraten	96506	40,00 €

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

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

Sonderregelungen Pauschalen für Notfallambulanzen

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

Die Vergütung der Impfleistungen gemäß § 20d SGB V ist Bestandteil der aktuellen Impfvereinbarung.

Abrechnung von Sachkosten gegen Vorlage der Rechnung (siehe § 44 Abs. 6 BMV-Ä)

(1) Sachkosten,

- die nicht unter die entsprechende Allgemeine Bestimmung des EBM (= mit Gebühr abgegolten) fallen,
- nicht als Sprechstundenbedarf laut Sprechstundenbedarfsvereinbarung bezogen werden können,
- nicht als Arznei-, Heil- und Hilfsmittel auf den Namen des Patienten verordnet werden können und
- auf die keine gesonderte Vergütungsvereinbarung (z. B. Pauschale) zutrifft,

sind gegenüber der KV Thüringen versichertenbezogen unter Beifügung der Originalrechnung (mit Stempel und Unterschrift des Arztes) als rechnungsbegründende Unterlage gesondert abrechenbar. Sofern aus Gründen der Wirtschaftlichkeit Mehrfachpackungen bezogen wurden, ist bei erstmaliger anteiliger Abrechnung durch den Vertragsarzt die Originalrechnung mit einer versichertenbezogenen Auflistung einzureichen. Bei jeder weiteren anteiligen Abrechnung der bereits eingereichten Originalrechnung ist jeweils eine Kopie der Rechnung mit einer versichertenbezogenen Auflistung vorzulegen.

(2) Folgende Sachkosten sind direkt über die zuständige Krankenkasse abzurechnen, sofern es sich um vertragsärztliche Leistungen handelt, insbesondere:

- Herzschrittmacher,
- Herniennetze,
- Tränenangsröhrchen/Hydrogel Plug (Form Fit),
- Implantate im Rahmen von chirurgischen Eingriffen (Knochen- und Gelenkchirurgie) gemäß Anhang 2 EBM, Abschnitte 2.21 bis 2.22.8.,
- medikamentenbeschichtete Stents,
- Portsysteme,
- Untersuchungskapsel bei Durchführung einer Kapselendoskopie gemäß GOP 04528, 13425.

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

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

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

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

Anlage 3 a Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

AOK PLUS

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

1.1 Arztanfragen der AOK PLUS

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

1.2 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der AOK PLUS abzurechnen.

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

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

2.1 Hautscreening – gültig ab 01.10.2013

2.1.1. Für Versicherte ab dem Alter von 14 Jahren bis zum Alter von 34 Jahren

	Abr.-Nr.	Vergütung
Kostenpauschale für die Hautkrebsvorsorge	99191	26,00 €
Kostenpauschale für eine ggf. erforderliche Auflichtmikroskopie , sofern diese in derselben Behandlung wie die Abrechnungsnummer 99191 erbracht wurde	99191A	7,00 €

2.1.2. Für Versicherte ab dem Alter von 35 Jahren

Kostenpauschale für eine ggf. erforderliche Auflichtmikroskopie , sofern diese in derselben Behandlung wie eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß der Gebührenordnungsposition 01745 EBM erbracht wurde	99191B	7,00 €
---	---------------	---------------

2.2 Information über Sekundärprävention gemäß Vertrag

- Ärztliche Beratung, Information und Befürwortung der Maßnahme

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

- Abschlussuntersuchung des Arztes

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

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

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

2.4 Erweiterte Diabetes-Vorsorge im Zusammenhang mit dem gesetzlichen Check-up 35 („Check-up PLUS“) – gültig ab 01.11.2013

Leistungsbeschreibung	Abr.-Nr.	Vergütung
1. Für Vertragsärzte gemäß § 3 Abs. 1 abrechenbare Pauschalen:		
Bestimmung des Taillenumfangs und Dokumentation im Check-up PLUS Fragebogen inkl. Ermittlung des Gesamtpunktwertes des Fragebogens	99380	4,50 €
Empfehlung Primärpräventionsangebote mittels Abrissgutschein Check-up PLUS Fragebogen	99381	4,50 €
Durchführung 75 g oGTT (inkl. Sachkosten für 75 g Glukose in ungelöster Substanz und Dokumentation der 3 Messwerte) ¹⁾ Die notwendigen Sachkosten sind mit dieser Vergütung abgegolten. Ein Bezug der Testsubstanz gemäß Sprechstundenbedarfsvereinbarung oder eine Verordnung zu Lasten der Versicherten ist nicht zulässig.	99382	16,35 €
Die Prämienzahlung erfolgt, wenn das Primärpräventionsangebot empfohlen wurde und der Versicherte sich bei der AOK PLUS einen Kursgutschein abholt. Durch den Arzt ist keine Abrechnung erforderlich. Die KVT setzt anhand der Datenlieferung durch die AOK PLUS diese Abr.-Nr. automatisch zu. Die Vergütung wird mit der nächstmöglichen Quartalsabrechnung gezahlt.	99383	5,50 €

¹⁾ Zu beachten sind die Abrechnungsausschlüsse sowie die Ausfüllhinweise bei Überweisungen.

2. Für Vertragsärzte gemäß § 3 Abs. 1 und 3 abrechenbare Pauschalen:		
Bestimmung des SKW/GFR	99384	0,32 €
Laborbestimmung des Glukosewertes innerhalb des oGTT ²⁾ (drei Tests à 0,25 EUR)	99385	0,75 €

²⁾Zu beachten sind die Abrechnungsausschlüsse sowie die Ausfüllhinweise bei Überweisungen.

Anlage 3 b
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

BKK Landesverband Mitte, Landesvertretung Thüringen
--

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen BKK abzurechnen.

**Anlage 3 c
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen**

IKK classic

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen IKK abzurechnen.

1.2 Schulung von Diabetikern außerhalb des DMP

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

Anlage 3 d
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

vdek, Landesvertretung Thüringen

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen Ersatzkasse abzurechnen.

**Anlage 3 e
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen**

Knappschaft

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der Knappschaft abzurechnen.

Anlage 3 f
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

<p>Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, als Landwirtschaftliche Krankenkasse</p>
--

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

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der SVLFG abzurechnen.

Anlage 4 Sachkostenformular

↑ Platz für den Ausdruck der Patientendaten

Sachkostenformular (Medizinprodukte) im Zusammenhang mit vertragsärztlichen Leistungen

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

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

Unfallfolgen * Arbeitsunfall * BVG *

* = ggf. anzukreuzen

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

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

Datum

Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

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

Datum

Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes