

Anlage 1 zum Gesamtvertrag KBV / Knappschaft

- Vergütungsregelung -

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

- vertreten durch den Vorstand -

und

die Knappschaft

- vertreten durch die Geschäftsführung -

schließen als Anlage zum Gesamtvertrag KBV / Knappschaft die nachstehende

Vereinbarung

gültig für den Zeitraum vom 1. Januar 2008 bis 31. Dezember 2008

Inhaltsverzeichnis

1. Vergütung nach Kopfpauschalen.....	3
2. Vergütung außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung nach Einzelleistungen / Pauschalen.....	5
3. Ergänzende Regelungen außerhalb der Gesamtvergütung	9
4. Abgabe von Heilmitteln in Arztpraxen.....	10
5. Modellversuche nach § 63 SGB V – Selektivverträge (§§ 73b, 73c SGB V) – integrierte Versorgungsformen nach §§ 140a ff. SGB V.....	10
6. Inkrafttreten, Dauer.....	10
Protokollnotiz	11
Anhang 1	12
Anhang 2	13

Auf der Grundlage des § 82 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 83 Satz 1 sowie § 85 Abs. 1 SGB V schließen die Vertragspartner nachfolgende Vereinbarung zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen für die Anspruchsberechtigten der Knappschaft für den Zeitraum vom 1. Januar 2008 bis 31. Dezember 2008 mit bundesweiter Wirkung.

1. Vergütung nach Kopfpauschalen

1.1. Die Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung ohne Anteile für Leistungen nach Nr. 2 und Nr. 3 wird nach Kopfpauschalen je Quartal ermittelt.

1.2. Grundlagen für die Ermittlung der pauschalierten Gesamtvergütung im Jahr 2008

1.2.1. Die Ermittlung der pauschalierten Gesamtvergütung im Jahr 2008 basiert auf den endgültig vereinbarten Kopfpauschalen der Quartale 01/2007 bis 04/2007 und den nach dem amtlichen Vordruck KM 1 von der Knappschaft gemeldeten Mitgliederzahlen der Quartale 01/2008 bis 04/2008. Die zu berücksichtigende Mitgliederzahlen eines Quartals ergibt sich als Durchschnitt der gemäß KM 1 erhobenen Mitgliederzahl der Monate des jeweiligen Quartals und des ersten Monats des Folgequartals. Diese Daten sind bis zum 10. Tag des zweiten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals mitzuteilen.

1.2.2. Ausgangspunkt: Die Knappschaft und die See-Krankenkasse haben sich zum 01.01.2008 bundesweit zu einer Krankenkasse (Knappschaft) zusammengeschlossen. Die Kopfpauschalen der Quartale 01/2007 bis 04/2007 stellen sich wie folgt dar:

- Kopfpauschalen getrennt nach West und Ost für die bis 31.12.2007 bestehende See-Krankenkasse
- Kopfpauschalen getrennt nach West und Ost sowie nach Allgemeinversicherten und Mitgliedern der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner für die Knappschaft

1.2.3. Bereinigung

1.2.3.1. Die unter Nr. 1.2.2. dargestellten Ausgangskopfpauschalen der Quartale 01/2007 bis 04/2007 werden entsprechend der ab 01.01.2008 gültigen Bundesempfehlung zur Finanzierung der Leistungen und der Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung strahlentherapeutischer Leistungen auf Basis des Durchschnitts der Jahre 2000 und 2004 bereinigt.

1.2.3.2. Die unter Nr. 1.2.2. dargestellten Ausgangskopfpauschalen der Quartale 01/2007 bis 04/2007 werden um die Vergütung für Leistungen im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung auf Basis des Jahres 2007 bereinigt.

1.2.3.3. Die unter Nr. 1.2.2. dargestellten Ausgangskopfpauschalen der Quartale 01/2007 bis 04/2007 werden um den Leistungsbedarf entsprechend Nr. 2.3.3. für Mitglieder der Bezirke der Kassenärztlichen Vereinigungen West auf Basis des Jahres 2007, bewertet mit 0,5 Cent je Punkt, bereinigt.

- 1.2.3.4. Die unter Nr. 1.2.2. dargestellten Ausgangskopfpauschalen des Quartals 01/2007 werden entsprechend der ab 01.04.2007 gültigen Bundesempfehlung zur Finanzierung der Einführung eines Kapitels für belegärztliche Leistungen (Kapitel 36) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bereinigt, soweit die Bereinigung nicht bereits erfolgt ist.
- 1.2.3.5. Die unter Nr. 1.2.2. dargestellten Ausgangskopfpauschalen der Quartale 01/2007 bis 04/2007 werden um das ambulante Operieren auf der Grundlage des Jahres 2005 nach dem festgelegten Katalog nach Nr. 2.3.2. mit einem Punktwert von 4,3 Cent bereinigt, soweit die Bereinigung für die See-Krankenkasse nicht bereits erfolgt ist.
- 1.2.3.6. Die unter 1.2.2. dargestellten Ausgangskopfpauschalen der Quartale 01/2007 bis 04/2007 werden um die Vergütung für Leistungen der Schmerztherapie auf Basis des Durchschnitts der Jahre 2004 und 2007 bereinigt, soweit die Bereinigung nicht bereits erfolgt ist.
- 1.2.4. Zusammenführung Knappschaft/See-Krankenkasse: Die Kopfpauschalen der Knappschaft und der See-Krankenkasse der Quartale des Jahres 2007 werden für das Jahr 2008 je Quartal (gewichtet, mit durchschnittlichen Anteilen des Jahres 2007 nach KM 1-Stichtagen vom 01.01.2007 bis 01.01.2008) getrennt nach West und Ost sowie nach Allgemeinversicherten und Mitgliedern der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner zusammengeführt.
- 1.3. Die nach Nr. 1.2. ermittelten Kopfpauschalen werden für das Jahr 2008 um die nach § 71 Abs. 3 SGB V durch das Bundesministerium für Gesundheit festgestellte bundeseinheitliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied in Höhe von 0,64 % angehoben.
Die GOP 01422 und 01424 EBM sind im Rahmen der EBM-Reform 2008 in der Versichertenpauschale des hausärztlichen Versorgungsbereiches integriert worden. Zur Berücksichtigung der bisher außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung gezahlten Beträge wird einmalig ein Betrag in Höhe von 6.000 € zur pauschalierten Gesamtvergütung gezahlt. Bei der Weiterentwicklung der Gesamtvergütung ist diese Erhöhung zu berücksichtigen.
- 1.4. Die Vergütung der Wegepauschalen erfolgt innerhalb der budgetierten Gesamtvergütung entsprechend der Regelung in Anhang 2. Die Gesamtvergütung West wird hierfür um einen Betrag in Höhe von 800.000 € angehoben.

- 1.5. Für den nach § 264 Abs. 2 SGB V betroffenen Personenkreis gelten gemäß § 264 Abs. 6 SGB V die unter Nr. 1 ermittelten Kopfpauschalen sowie nachfolgende Vergütungsregelungen. Die Anzahl der vorgenannten Personen wird von der Knappschaft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsprechend des unter Nr. 1.2.1. dargelegten Termins zur Verfügung gestellt.
- 1.6. Für die Berechnung der Kopfpauschalen gilt Anhang 1.
- 1.7. Mitglieder, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V oder § 53 Abs. 4 SGB V für den gesamten vertragsärztlichen Bereich gewählt haben, bleiben bei der Meldung der Mitgliederzahlen für die Kopfpauschalberechnung unberücksichtigt. Die Knappschaft stellt sicher, dass Mitglieder, die Kostenerstattung gewählt haben, einschließlich ihrer Familienversicherten für den Zeitraum der Kostenerstattung keine Leistungen zu Lasten der vertragsärztlichen Versorgung in Anspruch nehmen.
Die Knappschaft übergibt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung quartalsbezogene Listen, in welchen die Versichertennummern der Versicherten, die Kostenerstattung gewählt haben, ausgewiesen sind.
- 1.8. Die Teile der Gesamtvergütung, die nach Kopfpauschalen berechnet werden, verändern sich nicht durch Gut- bzw. Lastschriften aus der sachlich-rechnerischen Richtigstellung, aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Behandlungsweise und aus sonstigen Richtigstellungen sowie Kassenverwechslungen.

2. Vergütung außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung nach Einzelleistungen / Pauschalen

Die Vergütung der nachfolgend aufgeführten Leistungen, die als Einzelleistungen bewertet werden, und Pauschalen erfolgt in 2008 außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung.

2.1. Allgemeiner Teil

- 2.1.1. Die Bewertung / Vergütung erfolgt auf Basis des EBM und sonstiger vertraglicher Regelungen in der jeweils gültigen Fassung sowie der nachfolgenden Regelungen.
- 2.1.2. Leistungen, die Bestandteil der mit der Knappschaft auf Landesebene abgeschlossenen Verträge sind und deren Vergütung extrabudgetär erfolgt, werden nach den mit der Knappschaft getroffenen Regelungen bewertet. Soweit nachfolgend Regelungen auf Bundesebene mit Ausnahme der Vereinbarungen zu Katarakt-Operationen vereinbart sind, sind diese gegenüber Regelungen auf Landesebene vorrangig.

- 2.1.3. Soweit eine Bundesempfehlung gemäß § 86 SGB V über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütung ergeht und sich die extrabudgetäre Vergütung direkt aus der Empfehlung ergibt, verständigen sich die Vertragspartner zeitnah über die Höhe der Bewertung.
- 2.1.4. Nach Bekanntwerden von regionalen Sondervereinbarungen, die mit Regelungen auf Bundesebene kollidieren oder bisher nicht berücksichtigt wurden, werden die Vertragspartner kurzfristig eine ergänzende Vereinbarung schließen.

2.2. Bundesempfehlungen

- 2.2.1. Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen
Die Kostenpauschalen für Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen werden entsprechend der Regelungen des Abschnitts 40.6 BMÄ vergütet.
- 2.2.2. Leistungen im Rahmen der Drogen-Substitutionsbehandlung
GOP 01950 - 01952 EBM
4,7 Cent
- 2.2.3. Kostenpauschale für das Medikament Mifepriston
Nr. 40156 BMÄ
Die Vergütung erfolgt entsprechend der Regelung des BMÄ.
- 2.2.4. Photodynamische Therapie (PDT)
GOP 06332 EBM
4,7 Cent
- 2.2.5. Mamma-MRT
GOP 34431 EBM
4,7 Cent
- 2.2.6. Soziotherapie
GOP 30800, 30810, 30811 EBM
4,7 Cent
- 2.2.7. (1) Leistungen der künstlichen Befruchtung nach § 27a SGB V
Leistungen der künstlichen Befruchtung gemäß des Leistungskataloges der Bundesempfehlung werden mit einem Punktwert in Höhe von 4,7 Cent vergütet.
- (2) Vertraglich vereinbarte Kostenpauschalen nach § 27a SGB V
Vertraglich vereinbarte Kostenpauschalen gemäß des Kataloges der Bundesempfehlung werden nach den Regelungen des BMÄ vergütet.

Im Formblatt 3 erfolgt eine Ausweisung zu 50 % des in Nr. 2.2.7. aufgeführten Leistungsbedarfs bzw. der Kostenpauschalen.

- 2.2.8. Präventive Leistungen
Leistungen nach den Abschnitten 1.7.1, 1.7.2 und 1.7.4 EBM sowie Leistungen nach den GOP 01700 und 01701 EBM (sofern sie im Zusammenhang mit Leistungen nach Abschnitt 1.7.4 EBM durchgeführt werden) werden mit einem Punktwert von 4,7 Cent vergütet.
- 2.2.9. Apherese bei rheumatoider Arthritis
GOP 04573 EBM und 13621 EBM
4,7 Cent
- 2.2.10. Genotypische HIV-Resistenztestung
Nr. 32828 BMÄ
Die Vergütung erfolgt entsprechend der Regelung des BMÄ.
- 2.2.11. Verordnung von medizinischer Rehabilitation
GOP 01611 EBM
4,7 Cent
- 2.2.12. Kardiorespiratorische Polysomnographie
GOP 30901 EBM
4,7 Cent
- 2.2.13. Kostenpauschalen für Radionuklide, endoskopische Gelenkeingriffe und der Strahlentherapie
Die Vergütung der Kostenpauschalen für Radionuklide, endoskopische Gelenkeingriffe und der Strahlentherapie nach den Abschnitten 40.10, 40.13 und 40.15 BMÄ erfolgt entsprechend der Regelungen des BMÄ.
- 2.2.14. Schmerztherapie
Leistungen der Schmerztherapie gemäß des Leistungskataloges der Bundesempfehlung werden mit einem Punktwert in Höhe von 5,0 Cent vergütet.
- 2.2.15. MRT-Angiographie
Kapitel 34.4.7 EBM
4,7 Cent
- 2.2.16. Erst- und Folgeverordnungen von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
GOP 01422 und 01424 EBM
4,7 Cent
- 2.2.17. Körperakupunktur
Kapitel 30.7.3 EBM
4,7 Cent

2.2.18. Leistungen und Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung von Vakuumstanzbiopsien

Die Vergütung der Leistungen gemäß der Bundesempfehlung zur Finanzierung der Leistungen und Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung von Vakuumstanzbiopsien (GOP 34274 EBM sowie Sachkostenpauschalen nach den Nrn. 40454 und 40455 BMÄ) erfolgt für Punktzahlleistungen mit 4,7 Cent, für Sachkostenpauschalen entsprechend der Regelungen des BMÄ.

Verhandlungen zur Finanzierung eines Lagerungstisches entsprechend Abs. 5 der Bundesempfehlung werden zeitnah bis spätestens 31.12.2008 zwischen den Vertragspartnern geführt.

2.2.19. Phototherapeutischen Keratektomie

Die Leistungen der phototherapeutischen Keratektomie nach den GOP 31362, 31734 und 31735 EBM werden mit einem Punktwert in Höhe von 4,7 Cent vergütet.

Die Sachkostenpauschale nach der Nr. 40680 BMÄ wird entsprechend der Regelung des BMÄ vergütet.

2.2.20. Strahlentherapie

Die Leistungen der Strahlentherapie (Kapitel 25 EBM) werden mit einem Punktwert in Höhe von 4,7 Cent vergütet.

2.3. Sonstige Vereinbarungen

2.3.1. Schriftliche Mitteilungen, Gutachten

Leistungen nach GOP 01610, 01620, 01621 und 01622 EBM werden mit einem Punktwert von 4,7 Cent vergütet.

2.3.2. Leistungen des ambulanten Operierens

Die Leistungen nach Anlage 4 zum Gesamtvertrag werden mit einem Punktwert von 4,7 Cent vergütet.

Nach Abschluss der gerichtlichen Klärung des Beschlusses des erweiterten Bundesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung zu Vereinbarungen gemäß § 115b SGB V vom 17. August 2006 werden die Vertragspartner den vereinbarten Leistungskatalog einer weitergehenden Prüfung unterziehen.

2.3.3. Psychotherapeutische Leistungen

Die Knappschaft vergütet psychotherapeutische Leistungen gemäß Beschluss nach § 85 Abs. 4a SGB V zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten durch den Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V mit dem regionalen Punktwert, der diesem Beschluss entspricht.

2.3.4. Einmalsklerosierungsnadeln

Nr. 40160 BMÄ

Die Vergütung erfolgt entsprechend der Regelung des BMÄ.

2.3.5. Onkologie

Die Vergütung erfolgt entsprechend der Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung (Anlage 3 zum Gesamtvertrag).

2.4. Regionale Vereinbarungen

Die Liste der regionalen Vereinbarungen kann der Anlage 2 zum Gesamtvertrag entnommen werden.

Ergänzend wird für nachfolgend aufgeführte regionale Vereinbarungen vereinbart:

2.4.1. Belegärztliche Leistungen

Die nach § 121 Abs. 3 SGB V in die vertragsärztliche Versorgung einbezogene stationäre Behandlung durch die hierzu berechtigten Belegärzte wird mit einem Punktwert von 4,7 Cent vergütet.

Der Umfang der Leistungen richtet sich nach den regionalen Vereinbarungen.

2.4.2. Mammographie-Screening

Leistungen des Mammographie-Screenings werden nach den regionalen Vereinbarungen vergütet.

Soweit regional lediglich Punktzahlen (ohne Punktwert) vereinbart wurden, erfolgt die Vergütung mit einem Punktwert von 4,7 Cent.

2.4.3. Schutzimpfungen

Schutzimpfungen werden nach den regionalen Vereinbarungen vergütet. Soweit regional lediglich Punktzahlen (ohne Punktwert) vereinbart wurden, erfolgt die Vergütung mit einem Punktwert von 4,7 Cent.

2.5. Vorquartalsberichtigungen

Nicht pauschalierte Vorquartalsberichtigungen sind zu berücksichtigen.

3. Ergänzende Regelungen außerhalb der Gesamtvergütung

Folgende Leistungen / Pauschalen werden gesondert in Rechnung gestellt:

3.1. Durchlaufende Posten werden entsprechend der mit der Knappschaft geschlossenen regionalen Vereinbarungen/Regelungen bewertet.

3.2. Kosten für ambulante Dialysebehandlung nach Abschnitt 40.14 BMÄ

4. Abgabe von Heilmitteln in Arztpraxen

Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung in Arztpraxen abgegeben werden, sind mit den Gebührennummern des EBM abzurechnen. Bei der Bewertung werden die nach § 32 Abs. 2 SGB V vorgesehenen Zuzahlungen in Abzug gebracht. Bei Abgabe dieser Leistungen an Versicherte unter 18 Jahren sowie in Härtefällen nach § 62 SGB V wird der volle Gebührensatz abgerechnet. Die Gebührennummern sind in diesen Fällen nach Maßgabe der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen zu kennzeichnen.

Sollte es weitere Festlegungen dazu geben, werden diese in regionalen Vereinbarungen geregelt.

5. Modellversuche nach § 63 SGB V – Selektivverträge (§§ 73b, 73c SGB V) – integrierte Versorgungsformen nach §§ 140a ff. SGB V

Es besteht Einvernehmen unter den Vertragspartnern, sich gegenseitig über Aktivitäten einzelner Ärzte/Arztgruppen und/oder der Knappschaft, insbesondere im Hinblick auf zukünftige Modellversuche (§ 63 SGB V), Selektivverträge (§§ 73b, 73c SGB V) bzw. integrierte Versorgungsformen (§§ 140a ff. SGB V), zu unterrichten.

6. Inkrafttreten, Dauer

- 6.1. Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 2008 in Kraft und endet am 31. Dezember 2008 soweit sich nicht aus Nr. 6.2. etwas anderes ergibt.
- 6.2. Die Bestimmungen dieses Vertrages gelten bis zum Abschluss einer neuen Anlage 1 zum Gesamtvertrag für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2009 unter Beachtung der geltenden gesetzlichen Regelungen sowie Verträge und Empfehlungen auf Bundes- und Landesebene, denen die Knappschaft zugestimmt hat, fort.
- 6.3. Sollten innerhalb des Vertragszeitraumes gesetzliche Regelungen oder Bestimmungen auf Bundesebene eingeführt werden, die diese Vereinbarung in einzelnen Bestandteilen ergänzen, unwirksam werden lassen oder dieser Vereinbarung entgegenstehen, treffen die Vertragspartner einvernehmlich eine ergänzende Regelung für die neu zu vereinbarende bzw. eine ersetzende Regelung für den unwirksam gewordenen Bestandteil der Vereinbarung.

Protokollnotiz

zu Nr. 1.2.3.3. der Anlage 1 zum Gesamtvertrag KBV / Knappschaft

Soweit eine Bereinigung der Leistungen der Psychotherapie mit einem Punktwert in Höhe von 4,3 Cent und die Vereinbarung über den Vergütungspunktwert in Höhe von 4,8 Cent im Rahmen der Vergütungsregelung-West 2007 nicht zustande kommt, wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Bereinigung vornehmen.

Anhang 1

Berechnungsschema Kopfpauschalen

Abrechnungsquartal:

X. Quartal 2008

Ausgangsquartal:

X. Quartal 2007

Datum:

TT.MM.JJJJ

Vertragskassennummer (VKNR)

XX.701

Nr.	Berechnungsschritt	VKNR	XX.701	XX.701
		Bezugsquartal	Mitglieder	Rentner
1.	Budgetierte Gesamtvergütung im Ausgangsquartal	X. Quartal 2007	0,00	0,00
2.	: Mitglieder und Rentner im Ausgangsquartal einschl. betreute Hilfeempfänger gemäß § 264 SGB V	X. Quartal 2007	0	0
3.	= unbereinigte Kopfpauschale im Ausgangsquartal	X. Quartal 2007	0,00	0,00
4.	- Bereinigung des Gesamtvergütungsanteils je Mitglied bzw. Rentner			
4a.	Bereinigung Strahlentherapie (1.2.3.1.)	X. Quartal 2000/4	0,00	0,00
4b.	Bereinigung Onkologie (1.2.3.2.)	X. Quartal 2007	0,00	0,00
4c.	Bereinigung Psychotherapie (1.2.3.3.)	X. Quartal 2007	0,00	0,00
4d.	Bereinigung belegärztliche Leistungen (1.2.3.4.)	X. Quartal 2007	0,00	0,00
4e.	Bereinigung ambulantes Operieren (1.2.3.5.)	X. Quartal 2005	0,00	0,00
4f.	Bereinigung Schmerztherapie (1.2.3.6.)	X. Quartal 2004/7	0,00	0,00
5.	= bereinigte Kopfpauschale im Ausgangsquartal	X. Quartal 2007	0,00	0,00
6.	Veränderungsrate lt. BMG für 2008 in %	X. Quartal 2008	0,00	0,00
7.	= Kopfpauschale im Abrechnungsquartal (5. x (6. : 100 + 1))	X. Quartal 2008	0,00	0,00
8.	x Mitglieder bzw. Rentner im Abrechnungsquartal einschl. betreute Hilfeempfänger gemäß § 264 SGB V	X. Quartal 2008	0	0
9.	= Budgetierte Gesamtvergütung im Abrechnungsquartal	X. Quartal 2008	0,00	0,00

Nach jedem Rechenschritt erfolgt eine kaufmännische Rundung auf zwei Stellen nach dem Komma.

Anhang 2

Wegepauschalen

Die Vergütung der Wegepauschalen erfolgt ab dem 1. Januar 2008 mittels folgender Pauschalen:

Zone	Entfernung	Tag	Nacht
1	bis 2 km	3,90 €	9,40 €
2	2 bis 5 km	7,50 €	13,00 €
3	5 bis 10 km	10,80 €	16,30 €
4	10 bis 15 km	12,30 €	17,80 €
5	15 bis 20 km	13,80 €	19,30 €
6	20 bis 25 km	15,30 €	20,80 €
7	25 bis 30 km	16,80 €	22,30 €
8	30 bis 35 km	18,30 €	23,80 €
9	ab 35 km	19,80 €	25,30 €

Sofern der Kassenärztlichen Vereinigung eine Differenzierung der durch die Ärzte bereits abgerechneten Wegepauschalen nicht mehr möglich ist, werden folgende rechnerische Pauschalen vergütet:

Zone 3 - 9	ab 5 km	11,30 €	16,80 €
------------	---------	---------	---------

Berlin, den 28.08.2008

Bochum, den 13.08.2008

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Knappschaft