

Festsetzung des Vertragsinhaltes durch das Landesschiedsamt am 25.11.2008:

**Vereinbarung zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im
Jahre 2009**

Die **Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH)**,
Bad Segeberg

- einerseits –

und

die **AOK Schleswig-Holstein – Die Gesundheitskasse** -, Kiel

der **BKK-Landesverband NORD**, Hamburg

der **IKK-Landesverband Nord**, Schwerin

die **Knappschaft**, Hamburg

die **Landwirtschaftliche Krankenkasse Schleswig-Holstein-Hamburg**, Kiel
in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes der Landwirtschaftlichen
Krankenkassen

die nachfolgend benannten **Ersatzkassen** in Schleswig-Holstein:

Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
Hamburg-Münchener-Krankenkasse (HMK), Hamburg
HEK – Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
Kaufmännische Krankenkasse – KKH (KKH), Hannover
Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg
Gmünder Ersatzkasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
hkk, Bremen

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg (VdAK)
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Schleswig-Holstein

- nachfolgend „Krankenkassen/-verbände“ genannt –

- andererseits –

schließen unter Bezugnahme auf § 82 Abs. 2 Satz 1 SGB V in Verbindung mit §§
87a Abs. 3, 87b Abs. 4 Satz 3, 87c Abs. 3 SGB V die folgende

Vereinbarung zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahre 2009

Inhaltsverzeichnis

Teil A	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)
Teil B	Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Einzelleistungen/Pauschalen
Teil C	Vergütungsrelevante Aufteilung der MGV
Teil D	Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Absatz 2 und 3 SGB V
Teil E	Durchführung der Verteilung, Vergütungsregelung
Teil F	Verschiedenes
Teil G	Inkrafttreten, Dauer

Definitionen

B-BWA	Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung vom 27./28.08.2008 in der Fassung der Beschlüsse vom 17.10.2008 und vom 23.10.2008
MGV	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
InBa	Institut des Bewertungsausschusses
Euro-GO	(regionale) Euro-Gebührenordnung
RLV	Regelleistungsvolumen
FKZ	Fremdkassenzahlungsausgleich

Präambel

Diese Vereinbarung basiert auf dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung vom 27./28.08.2008 in der Fassung der Beschlüsse vom 17.10.2008 und vom 23.10.2008.

Teil A Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

1. Grundsätze der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

1.1. Die MGV bildet sich nach dem B-BWA.

- 1.2 Leistungen außerhalb der MGV (Teil B dieser Vereinbarung) unterliegen nicht der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- 1.3. Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein ist verpflichtet, die abgerechneten und anerkannten Leistungen der Vertragsärzte entsprechend den nachfolgenden Regelungen zu vergüten.
- 1.4. Grundlage der MGV sind die unter den Vertragspartnern abzustimmenden Daten gemäß § 87 c Abs. 4 SGB V.
- 1.5 Es wird eine kumulierte Sonderrücklage gebildet, in welche sämtliche nicht verbrauchten Mittel aus Rückstellungen, Vorwegabzügen und Regelleistungsvolumina (unter Ausnahme der Rückstellungen nach C.3.1f) einfließen. Sofern in einer Ganzjahresbetrachtung unverbrauchte Mittel verbleiben, einigen sich die Vertragspartner über die Verwendung. Bei Nichteinigung erfolgt auf Antrag eine Festsetzung durch das Landesschiedsamt.
- 1.6 Es gilt folgende Saldierungsregelung für antragsgebundene genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen (Abschnitt 35.2 EBM):
Über alle Quartale des Jahres 2009 erfolgt eine Schlussabrechnung. Ein eventueller Überschuss fließt in die Sonderrücklage. Im Falle einer Unterdeckung besteht für die Krankenkassen eine Nachschusspflicht. Dazu werden die Honorarsummen der abgerechneten Leistungen mit den gebildeten Rückstellungen nach C.1b verglichen. Dabei werden Quotierungen des Preises in Folge von Überschreitungen zeitbezogener Kapazitätsgrenzen berücksichtigt. Es ist sicher zu stellen, dass sich die Haftungspflicht nur auf Kassen auswirkt, die von der Mengenentwicklung betroffen sind.

2. Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

2.1 Ermittlung des Behandlungsbedarfs je Versicherten

Die Ermittlung des Behandlungsbedarfs erfolgt kassenspezifisch gemäß Teil B, Ziffern 1 bis 3 des B-BWA. Die in Teil B dieser Vereinbarung genannten Leistungen einschließlich der darauf entfallenden Sachkosten werden bei der Ermittlung des Behandlungsbedarfs nicht einbezogen. Der so ermittelte Behandlungsbedarf je Versicherten wird um die in Teil B Nr. 4 des B-BWA ausgewiesene bundesdurchschnittliche Veränderungsrate erhöht. Die Ermittlung des Behandlungsbedarfs erfolgt quartalsbezogen auf der Basis der zwischen den Vertragsparteien abgestimmten Ergebnisse auf der Grundlage der vom InBa gelieferten Satzart ARZTG87cMGV unter Abzug der ergänzend festgesetzten extrabudgetären Leistungen und der Versichertenzahlen gemäß Satzart ANZVER87c4.

2.2 Vereinbarer Punktwert

Auf der Grundlage des vom B-BWA festgelegten Orientierungswertes vereinbaren die Vertragspartner gemäß § 87c Abs. 3 SGB V einen Punktwert zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen in Höhe von 3,5001 Cent.

2.3 Quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung einer Kasse ergibt sich aus dem Produkt

- des nach Nr. 2.1 ermittelten Behandlungsbedarf je Versicherten der Kasse,
- der Zahl der Versicherten des jeweiligen Abrechnungsquartals der Kasse (arithmetisches Mittel) sowie
- dem nach Nr. 2.2 vereinbarten Punktwert.

Die MGV wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerbudgetären Leistungen gemäß Teil B dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht mit Ausnahme der Regelung nach A.1.6 ist ausgeschlossen. Eine Nachschusspflicht kann ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V auf der Grundlage des Beschlusses des B-BWA (Teil E) gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V vereinbart werden.

2.4 Ausgleich jahresbezogene MGV

Es wird für das Kalenderjahr 2009 eine jahresbezogene MGV berechnet. Diese ergibt sich aus dem Behandlungsbedarf multipliziert mit der durchschnittlichen Versichertenzahl 2009. Es erfolgt ein Ausgleich der jahresbezogenen MGV im Verhältnis zu der Summe der quartalsbezogenen MGV.

2.5 Kostenerstattung

Ausgaben der Krankenkassen für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 SGB V und nach § 53 Abs. 4 SGB V mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 6 SGB V im Jahr 2009 sind nach Abschluss des Abrechnungsjahres auf die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß Teil A Punkt 1 anzurechnen. Die konkrete Umsetzung zu § 53 Abs. 4 SGB V erfolgt bilateral zwischen der KVSH und der jeweiligen Krankenkasse.

3. Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bei Fusionen und Neugründungen von Krankenkassen

3.1 Fusionen von Krankenkassen

Für den Fall von Kassenfusionen vereinbaren die Vertragspartner, dass der Behandlungsbedarf für die neu gebildete Krankenkasse auf der Basis der nach

Versichertenzahlen gewichteten Behandlungsbedarfe der fusionierten Krankenkassen berechnet wird. Ausgangsbasis ist dabei das jeweilige Quartal des Jahres 2007.

3.2 Neugründungen von Krankenkassen

Bei Neugründungen von Krankenkassen wird die MGV auf der Basis des durchschnittlichen Behandlungsbedarfs aller Krankenkassen gebildet, wie er sich für das jeweilige Quartal in Schleswig-Holstein ergibt. Sind systematische Abweichungen von diesem Durchschnitt aufgrund der Mitgliederstruktur der Krankenkasse feststellbar, ist eine vertragliche Vereinbarung herbeizuführen.

3.3 Behandlungsbedarf von Versicherten einer in den Ausgangsdaten gemäß B-BWA nicht enthaltenen Krankenkasse

Bei Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen von in Schleswig-Holstein wohnenden Versicherten einer Krankenkasse, welche in den Ausgangsdaten gemäß B-BWA nicht enthalten sind, wird die MGV auf der Basis des durchschnittlichen Behandlungsbedarfs aller Krankenkassen geleistet, wie er sich für das jeweilige Quartal ergibt.

Teil B Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Einzelleistungen / Pauschalen

Folgende Leistungen / Leistungsbereiche werden von den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet:

- a) Vergütungen für Leistungen, die im Rahmen besonderer, nicht für alle Krankenkassen gültiger Verträge vereinbart worden sind:
 - 1. Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V,
 - 2. Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V,
 - 3. Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V,
 - 4. Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß § 137f-g SGB V und
 - 5. Verträge zur integrierten Versorgung gemäß §§ 140 a bis h SGB V.

- b) Vergütungen für regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen,

- c) Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und Geburtshilfe),

- d) Leistungen des Kapitels 31 sowie die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,
- e) Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 EBM,
- f) Früherkennungsuntersuchung U 7a,
- g) Hautkrebsscreening,
- h) Durchführung von Vakuumstanzbiopsien,
- i) Strahlentherapie,
- j) Phototherapeutisches Keratektomie,
- k) Leistungen der künstlichen Befruchtung,
- l) Dialysesachkosten,
- m) Operative Leistungen einschl. Anästhesien nach § 115 b SGB V soweit sie nicht in Buchstabe d enthalten sind,
- n) Belegärztliche Begleitleistungen
- o) Betreuungsleistungen nach den EBM-Pos. 16230 und 21230
- p) Besuche in Pflegeheimen nach SGB XI außerhalb des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (EBM Abschnitt I.4) .

Gleiches gilt für die Substitutionsbehandlung (§ 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V).

Für die unter a) und b) aufgeführten Leistungen gelten die unter den Vertragspartnern bilateral getroffenen Vereinbarungen. Für die übrigen Leistungen gilt der OPW in Höhe von 3,5001 Cent, soweit es sich nicht um Kostenpauschalen handelt.

Teil C Vergütungsrelevante Aufteilung der MGV

Für die weiteren Regelungen in diesem Teil ist die MGV als kassenübergreifende Summe der Einzelbeiträge der Krankenkassen zu verstehen. Die Berechnungsvorgaben sind quartalsweise anzustellen.

1. Vorwegabzüge und Rückstellungen vor Trennung der Vergütung

1.1 Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ)

Für zu erwartende Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V wird ein Vorwegabzug in Höhe von 7,0 % gebildet. Eine Über- oder Unterdeckung wird jeweils im Folgequartal berücksichtigt. Die KV bildet hierzu einen Ausgleichsfonds. Für die Rückstellungen im FKZ vereinbaren die Vertragspartner für die vertragliche Anpassung in den Folgejahren generell folgenden Modus: Die Rückstellung soll 5% über dem Niveau der Vorjahreswerte gebildet werden. Ein Überschuss aus der Vorjahresrückstellung wird dabei eingestellt.

1.2 Antragsgebundene Psychotherapie

Für die Leistungen der antragsgebundenen Psychotherapie wird eine Rückstellung in absoluter Höhe abzgl. eines Anteils von 7% für FKZ-Fälle gebildet. Als Ausgangsbasis wird die sogenannte c4-Datei des Bewertungsausschusses herangezogen. Die EBM-Auswirkung ist nach den Ergebnissen des ersten Quartals 2008 zu berücksichtigen. Für die einzelnen Quartale des Jahres 2009 werden folgende Rückstellungen gebildet:

1. Quartal 2009	9,720 Mio. Euro
2. Quartal 2009	9,355 Mio. Euro
3. Quartal 2009	8,625 Mio. Euro
4. Quartal 2009	9,400 Mio. Euro

2. Trennung der Gesamtvergütung in einen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich

Die um die gebildeten Rückstellungen und Vorwegabzüge als auch die gesondert vereinbarten extrabudgetären Leistungen auf Basis 2007 bereinigte kassenübergreifende MGV wird nach Maßgabe der um die EBM-Auswirkungen korrigierten Vergütungsanteile der Versorgungsbereiche Hausarzt bzw. Facharzt aufgeteilt. Die EBM-Auswirkung ist nach den Ergebnissen des ersten Quartals 2008 zu berücksichtigen.

2.1 Wechsel des Versorgungsbereiches

Beim Wechsel des Versorgungsbereichs sind die Vergütungsvolumina der Versorgungsbereiche quartalsweise auf Basis des Honorarbescheides des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes durchzuführen.

2.2 Bereinigung im Zusammenhang mit Verträgen nach Teil A 1.2 Ziffer 1 B-BWA

Soweit im Zusammenhang mit diesen Verträgen Bereinigungen der Gesamtvergütungen erfolgen, sind diese in der entsprechenden Höhe auf die beteiligten Versorgungsbereiche zu beziehen.

2.3 Versorgungsbereiche

Alle Rückstellungen bzw. Vorwegabzüge beziehen sich auf die Vergütungsanteile der Versorgungsbereiche Hausarzt bzw. Facharzt.

3. Regelungen innerhalb der Versorgungsbereiche

3.1 Je Versorgungsbereich wird eine Rückstellung bzw. Vorwegabzug

- a) für die Vergütung des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Höhe von 11,5 Mio. Euro aus dem hausärztlichen und 10,0 Mio. Euro aus dem fachärztlichen Vergütungsanteil gebildet. Diese Vorwegabzüge werden anschließend zusammengefasst und stehen zur Finanzierung des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes zur Verfügung.
- b) für den Zugang neuer Ärzte gebildet. Die Rückstellung für neue Ärzte bemisst sich für Hausärzte zu 44 % und für Fachärzte (ohne Psychotherapeuten) zu 65% des Durchschnittshonorars des Versorgungsbereichs (ohne Psychotherapeuten). Für Psychotherapeuten wird das Durchschnittshonorar aus den nicht antragsgebundenen Leistungen eingestellt. Diese Werte sind mit dem durchschnittlichen Arztzahlzuwachs aus 2007 zu multiplizieren.
- c) für die Honorierung von Ärzten während der Wachstumsphase nach Teil D Absatz 2 gebildet. Diese bemisst sich nach der durchschnittlichen Anzahl der wachsenden Praxen an der Gesamtzahl der Ärzte sowie 20% des Durchschnittshonorars je Hausarzt bzw. 12,5% je Facharzt der Jahre 2006 und 2007.
- d) für die Honorierung ermächtigter Ärzte, ermächtigter Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die gemäß Beschluss Teil F 2.1 des B-BWA kein Regelleistungsvolumen erhalten, gebildet. Davon ausgenommen sind die im Notfall erbrachten Leistungen. Dieses bemisst sich als rechnerisches Vergütungsvolumen, welches sich bei einer Bewertung der Leistungsabforderung der Quartale aus 2007 mit dem OPW ergibt. Der EBM-Effekt des Versorgungsbereichs in toto auf Basis des ersten Quartals 2008 ist zu berücksichtigen.

- e) in Höhe von 3% des eingehenden Vergütungsvolumens gebildet. Aus dieser Rückstellung werden die über die RLV hinaus abgerechneten Leistungen und abgestaffelt zu vergütenden Leistungen vergütet.
- f) für Sicherstellungsaufgaben und Honorarkorrekturen aus Vorjahresquartalen werden Rückstellungen in Höhe von 0,2% bei Hausärzten und 0,95 % bei Fachärzten gebildet.
- g) für den Ausgleich von Härtefällen sowie Praxisbesonderheiten werden Rückstellungen in Höhe von 0,25% gebildet.
- h) für den Ausgleich von Fehlschätzungen aus den Berechnungen gemäß Beschluss BWA Teil F Anlage 2 in Höhe von 0,5% gebildet.

3.2 Im hausärztlichen Versorgungsbereich werden Vorwegabzüge gebildet für

- a) zu erwartende Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen gemäß Anlage 1 Beschluss Teil F Nr. 5 des B-BWA. Dieses bemisst sich als rechnerisches Vergütungsvolumen, welches sich bei einer Bewertung der Leistungsabforderung der Quartale aus 2007 mit dem OPW ergibt. Der EBM-Effekt der Leistungen ist auf Basis des ersten Quartals 2008 zu berücksichtigen,
- b) zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes,
- c) zu erwartende Zahlungen für die Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (GOP 04523, 04525, 04527, 04537) in Höhe von 0,05%,
- d) besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102),
- e) dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415),
- f) Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 03241 und 04241)
- g) Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten, durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte,
- h) Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32,
- i) Kostenpauschalen des Kapitels 40.

Die Vorwegabzüge der Absätze c) bis i) werden auf Basis des Vergütungsvolumens 2007 gebildet. Das verbleibende Vergütungsvolumen geht in die Bildung der Regelleistungsvolumina nach Teil D ein.

3.3 Im fachärztlichen Versorgungsbereich werden Vorwegabzüge gebildet für

- a) zu erwartende Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen gemäß Anlage 1 Beschluss Teil F Nr. 6 des B-BWA. Dieses bemisst sich als rechnerisches Vergütungsvolumen, welches sich bei einer Bewertung der Leistungsabforderung der Quartale aus 2007 mit dem OPW ergibt. Der EBM-Effekt der Leistungen ist auf Basis des ersten Quartals 2008 zu berücksichtigen.
- b) zu erwartende Zahlungen für die nicht in einer Anlage genannten Arztgruppen, Dieses bemisst sich als rechnerisches Vergütungsvolumen, welches sich bei einer Bewertung der Leistungsabforderung der Quartale aus 2007 mit dem OPW ergibt. Der EBM-Effekt der Leistungen ist auf Basis des ersten Quartals 2008 zu berücksichtigen,
- c) zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes,
- d) zu erwartende Zahlungen für die Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (GOP 13437, 13438, 13439, 13677) in Höhe von 0,05%,
- e) besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102),
- f) dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415),
- g) ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531),
- h) Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7 EBM,
- i) Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324),
- j) Laborkonsiliarpauschale und laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225),
- k) Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 13253 und 27323),
- l) Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331),
- m) ESWL (GOP 26330),
- n) Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32,
- o) MRT-Angiographie des Abschnitts 34.7,
- p) Kostenpauschalen des Kapitels 40.

Die Vorwegabzüge der Absätze e) bis q) werden auf Basis des Vergütungsvolumens 2007 gebildet. Das verbleibende Vergütungsvolumen geht in die Bildung der Regelleistungsvolumina nach Teil D ein.

Teil D Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina nach § 87b Absatz 2 und 3 SGB V

1. Grundsatz der Vergütung ärztlicher Leistungen

- 1.1 Die Vergütung der Ärzte erfolgt grundsätzlich auf der Basis der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung (Euro-GO). Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird je Quartal eine Höchstmenge vertragsärztlicher Leistungen als Regelleistungsvolumen (RLV) vorgegeben, die nach der Euro-GO zu vergüten ist.
- 1.2 Die RLV berechnen sich nach den Vorgaben des B-BWA Teil F nebst Anlagen 1 und 2 soweit nichts Abweichendes bestimmt ist. Sofern nachfolgende Regelungen auf den Arzt abstellen, stellt dies auf eine volle Arztstelle ab. Andernfalls ist die Vorgabe anteilig anzuwenden. Soweit nicht ausdrücklich anderes bestimmt ist, umfasst der Begriff „Praxis“ alle möglichen Kooperationsformen zwischen zugelassenen und angestellten Ärzten (einschl. Psychotherapeuten). Durchschnittsfallzahlen der Arztgruppen basieren auf den Daten des jeweiligen Vorjahresquartals.
- 1.3 Die KVSH informiert die Vereinbarungspartner quartalsweise nach Abschluß der Abrechnung über die dem Arzt/ der Arztpraxis entsprechend Teil F, Ziffer 3.2 bis 3.7 B-BWA zugewiesenen RLV (Soll) und die vom Arzt / der Arztpraxis in Anspruch genommenen RLV (Ist).

2. Ärzte in der Wachstumsphase

- 2.1 Ärzte die innerhalb des abzurechnenden Quartals weniger als fünf Jahre niedergelassen sind und deren RLV-relevante Fallzahl unterdurchschnittlich ist, bekommen die Leistungen bis zu einer individuellen Obergrenze aus individueller Fallzahl und RLV-Fallwert der Gruppe nach der Euro-GO vergütet.
- 2.2 Ärzte, die innerhalb des abzurechnenden Quartals weniger als fünf Jahre niedergelassen sind und deren RLV-relevante Fallzahl überdurchschnittlich ist, erhalten ein RLV unter Berücksichtigung ihrer individuellen Fallzahl und der RLV-Gruppe zugeordnet.
- 2.3 Erreicht die individuelle Fallzahl innerhalb der Wachstumsphase ab I/09 erstmalig den Durchschnitt der Gruppe, so erhält der Arzt für dieses und die folgenden drei Quartale die durchschnittlichen saisonalen RLV der Arztgruppe zugeordnet. Bleibt der Arzt während der gesamten Wachstumsphase unterdurchschnittlich, erhält der Arzt als RLV die mit dem Bestwert seiner Fallzahlquote der letzten vier

Quartale multiplizierten durchschnittlichen saisonalen RLV der Arztgruppe zugeordnet.

2.4 Für Ärzte, die nach dem in 2008 bestehenden HVV noch im zweiten Halbjahr 2008 in der Wachstumsphase sind, werden für I und II/2009 Obergrenzen nach Abs. 2.1 mitgeteilt, sofern die individuelle Fallzahl in den Quartalen I und II/2008 unter der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe lag.

3. Sonderregelungen für Veränderungen der Praxisstrukturen

3.1 Mit Übernahme eines Praxissitzes aufgrund einer Beendigung der ärztlichen Tätigkeit seines Vorgängers im selben Planungsbereich wird dem Praxisübernehmer die zur Berechnung des RLV maßgebliche Fallzahl des Vorgängers übertragen, sofern die Praxis in einem Umkreis von höchstens 500 m fortgeführt wird. Ist dieses RLV unterdurchschnittlich, so gilt Absatz 2.1.

3.2 Bei Berufsausübungsgemeinschaften tritt neben bestehende RLV von einzelnen Partnern der Praxis die Regelung nach Absatz 2.1 hinzu, so dass sich insgesamt eine Obergrenze ergibt. Scheidet der in der Wachstumsphase befindliche Arzt aus der Praxis aus, so behält die Praxis das ursprüngliche RLV und die Wachstumsphase wird separat fortgeführt.

3.3 Scheiden andere Partner aus der Berufsausübungsgemeinschaft aus, so werden die RLV nach B-BWA ohne Berücksichtigung des neuen Partners den entstehenden Praxen zugeordnet.

3.4 Bei Rückgabe der Zulassung eines Praxispartners ohne Nachfolger bleibt das RLV einer Berufsausübungsgemeinschaft insgesamt erhalten. Bei ortsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften gilt dies nur dann, wenn die Praxissitze im Umkreis von 500 m bestanden.

3.5 In begründeten Fällen kann der Vorstand auf Antrag aus Sicherstellungsgründen das RLV der Praxis neu festlegen, wenn besondere Umstände des Einzelfalles vorliegen. Hierzu zählen insbesondere dauerhafte Veränderungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Umfeld der Praxis.

4. Praxisbesonderheiten und Härtefälle

Als Härtefall gilt eine Praxis insbesondere dann, wenn eine unangemessene Auswirkung der Abstufungsregelung bei Bildung der RLV je Arzt vorliegt, oder wenn das Gesamthonorar je Arzt mindestens 15% gegenüber dem Vorjahreswert gefallen ist und die Einbuße auf einer Inhomogenität gegenüber der RLV-Gruppenbildung beruht.

Teil E Durchführung der Verteilung, Vergütungsregelungen

1. Vergütung gegenüber dem Arzt

1.1 Leistungen außerhalb der MGV werden entsprechend Teil B vergütet.

1.2 Für Gruppen, für die kein RLV oder eine zeitbezogene Kapazitätsgrenze vorgesehen ist, wird die sachlich/rechnerisch anerkannte Leistungsmenge nach der Euro-GO vergütet.

1.3 Leistungen aus Vorwegabzügen nach Teil C 3.2 und 3.3 werden nach der Euro-GO vergütet.

1.4 Leistungen innerhalb der RLV und innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets werden nach der Euro-GO vergütet. Darüber hinausgehende Leistungen werden quotiert vergütet. Die Quote ermittelt sich aus der Gegenüberstellung des 3%igen Vorwegabzuges unter C. 3.1 und der daraus zu vergütenden Leistungsmenge.

1.5 Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen werden nach der Euro-GO vergütet. Darüber hinausgehende Leistungen werden mit der Quote aus Absatz 1.4 vergütet.

1.6 Die Leistungen ermächtigter Ärzte, ermächtigter Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die kein Regelleistungsvolumen erhalten, werden nach der Euro-GO vergütet.

2. Zur Hierarchie der Vorwegabzüge und Rückstellungen

2.1 Für die Handhabung der Vergütungsvorgaben unter E.1 werden je Versorgungsbereich die anteiligen Vorwegabzüge nach den Absätzen C.3.1 in einem Auszahlungsfonds zusammengefasst.

2.2 In die Auszahlungsfonds werden die infolge neuer Praxen, für Härtefälle und Praxisbesonderheiten anzusetzenden Mittel aus C.3.1b bzw. C.3.1g eingestellt.

2.3 Aus der Rückstellung nach C.1.2 wird das zur Vergütung der antragsgebundenen genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen erforderliche Volumen zur Verfügung gestellt.

2.4 Sofern die Mittel zur Vergütung der Forderung nach E.1 nicht ausreichen, erfolgt für den Fall von Fehlschätzungen der RLV oder der qualifikationsgebundenen Zuschläge eine Stützung aus der entsprechenden Rückstellung nach C.3.1h.

2.5 Sofern die Mittel zur Vergütung der Forderung nach E.1 nicht ausreichen, erfolgt eine Stützung nach A.1.5.

3. Vergütung im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst

Für die Vergütung der Notfalleleistungen im Krankenhaus, durch Ermächtigte und durch Nicht-Vertragsärzte gilt die Abrechnungsordnung der KVSH. Abweichend dazu gelten innerhalb der Notdienstbezirke im ärztlichen Bereitschaftsdienst nachfolgende Regelungen. Von diesen nicht umfasste, sonstige Notfallbehandlungen unterliegen der Vergütung innerhalb der RLV.

3.1 Von den zur Verfügung stehenden Mitteln nach C.3.1a erfolgt ein Vorwegabzug von 2,5% für ergänzende oder anpassende Strukturmaßnahmen zur Sicherstellung.

3.2 Die KVSH stellt die für die Finanzierung der Kosten der Gesamtorganisation einschl. der Anlaufpraxen (ggf. einschl. der Nachtbereitschaft in Anlaufpraxen) notwendigen Mittel aus der Gesamtvergütung in den Fonds zur Finanzierung der Gemeinschaftsaufgaben und Sicherstellungsmaßnahmen ein.

3.3 Notfalleleistungen durch Nichtvertragsärzte werden auf Basis der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Gleiches gilt für Notfalleleistungen von Krankenhäusern oder durch ermächtigte Ärzte, jedoch mit einem Punktzahlabschlag von 10%.

3.4 Für die ärztlichen Einsatzzeiten wird eine die Einwohnerzahl des Notdienstbezirkes berücksichtigende Normstundenzahl zugrundegelegt. Innerhalb dieser wird für Notdienstbezirke auf dem Festland eine ärztliche Stundenvergütung in Höhe von 50 Euro honoriert. In der Zeit zwischen 0:00 Uhr und 08:00 Uhr wird im Fahrdienst eine ärztliche Stundenvergütung in Höhe von 25 Euro gezahlt. Weiterhin wird in dieser Zeit jeder mit einem Besuch einher gehende abgerechnete Fall mit 50 Euro honoriert. Bei Insellagen und für vom Vorstand der KVSH beschlossene Modellprojekte werden modifizierende Regelungen getroffen.

3.5 Für Besuche im organisierten Bereitschaftsdienst erfolgt die Abrechnung nach Wegepauschalen bzw. Wegegeld je Doppelkilometer. Die Höhe des Wegegeldes je Doppelkilometer beträgt einheitlich 2,70 Euro. Ansonsten gelten die mit den Ersatzkassen vereinbarten gesamtvertraglichen Regelungen.

3.6 Die ärztlichen Dienste im Rahmen der augenärztlichen und HNO-ärztlichen Bereitschaftsdienststruktur werden mit 100 Euro je Stunde honoriert. Die

Praxiskosten sind mit diesem Honorar abgegolten. Für ärztliche Dienste im Rahmen kinder- und jugendärztlicher Anlaufpraxen wird ein Teilbudget in Höhe von 3,6 % des Betrages aus Absatz 1. gebildet. Abweichend von Abs. 2. sind in diesem Betrag die Strukturkosten der Anlaufpraxen enthalten. Für die ärztlichen Dienste wird ein Mindeststundensatz in Höhe von 50 Euro vergütet.

3.7 Für eine Verstärkung in Spitzenzeiten strukturell vorgesehene Hintergrunddienste an Wochenenden und Feiertagen werden pauschal mit 100 Euro vergütet.

3.8 Jahresübergreifende Ausgleichsmaßnahmen zur Kompensation saisonaler Schwankungen sind möglich.

Teil F Verschiedenes

1. Ausweisung von Sonderverträgen im Formblatt 3

Regionale Sonderverträge werden entsprechend den Regelungen der Formblatt 3-Richtlinien (je nach Kontenart soweit technisch möglich bis zur Ebene 6) ausgewiesen. Bis zu einer Regelung erfolgt der Nachweis in Form einer entsprechenden Frequenzstatistik der GO Nummern.

Sammelpositionen im Formblatt 3, insbesondere die Position „Verrechnung / Durchlaufende Posten“, sind in der Quartalsendabrechnung in einer gesonderten Anlage detailliert aufzuführen.

2. Verrechnung der Zuzahlung nach § 28 Absatz 4 und § 32 Abs. 2 SGB V

Die von den Vertragsärzten einbehaltenen Zuzahlungen sind von der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein mit der Quartalsabrechnung bekannt zu geben. Die Zuzahlungsbeträge sind je Quartal entsprechend der zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen neu konzipierten Formblatt 3-Inhaltsbeschreibung mit der Gesamtvergütung kassenspezifisch zu verrechnen.

3. Berücksichtigung der Rückflüsse aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie der Plausibilitätsprüfung

Rückflüsse aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder auf Grund nachgelagerter sachlich-rechnerischer Berichtigungen fließen in die Sonderrücklage, soweit sie aus dem Leistungsbereich der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung stammen. Handelt es sich um Leistungen aus dem extrabudgetären Bereich, erhält die jeweilige Krankenkasse die Rückvergütung.

4. Bereinigung der RLV bei Selektivverträgen

Werden Leistungen, die in den RLV enthalten sind, Gegenstand von Verträgen, die eine Vergütung außerhalb der MGV vorsehen, sind die RLV entsprechend zu

beräumen. Sofern hierzu auf Bundesebene Verfahren beschlossen werden, finden diese Anwendung.

5. Haftung

Für den vorliegenden Vereinbarungszeitraum gilt die im Rahmen des anhängigen Klageverfahrens gegen § 3 des Schiedsspruchs des Landesschiedsamts vom 23.08.2004 rechtskräftig festgestellte bzw. im Fall einer Verurteilung des Landesschiedsamts zu einer Neubescheidung dann bestandskräftig beschlossene Haftungsregelung entsprechend.

6. Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder eine Regelungslücke enthalten, bleibt der Vertrag im Übrigen gültig. Anstelle der unwirksamen bzw. fehlenden Bestimmungen verpflichten sich die Vertragspartner, eine solche Ersatzregelung zu vereinbaren, die dem ursprünglichen Regelungsziel möglichst nahe kommt. Sofern diese zwischen den Vertragspartnern nicht zustande kommt, gelten die gesetzlichen Vorschriften.

Teil G Inkrafttreten, Dauer

1. Diese Vereinbarung gilt für den Vergütungszeitraum vom 01.01.2009 bis 31.12.2009.
2. Der Honorarverteilungsvertrag tritt gem. § 87a Abs. 1 SGB V zum Ablauf des 31.12.2008 außer Kraft.
3. Diese Vereinbarung steht unter dem Vorbehalt der aufsichtsrechtlichen Nichtbeanstandung (§ 71 Abs. 4 SGB V).

Kiel, den 22. Dezember 2008

(gez. Hans-Egon Raetzell)