

**Vereinbarung zur Honorierung
vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2012
mit Wirkung zum 1. April 2012**

Die

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

(nachfolgend KVSH genannt)

- einerseits -

und

die Landesverbände der Krankenkassen

- AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse.
- BKK-Landesverband NORDWEST
- IKK Nord
- Landwirtschaftlichen Krankenkasse Schleswig-Holstein/Hamburg
in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes
der Landwirtschaftlichen Krankenkassen
- Knappschaft

und

die Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein
(nachfolgend Krankenkassen/-verbände genannt)

- andererseits –

schließen unter Bezugnahme auf § 87a Abs. 2 bis 6 SGB V die folgende Vereinbarung zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen ab 1. April 2012.

Inhaltsverzeichnis:

Teil A	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)
Teil B	Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
Teil C	Nicht vorhersehbarer, überproportionaler Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs
Teil D	Verschiedenes
Teil E	Inkrafttreten, Dauer

Anlagenverzeichnis:

Anlage 1	Ermittlung der kassenindividuellen quartalsweisen MGV
Anlage 2	Berechnungsbogen für die Quotierung der Pflegeheimbesuche

Abkürzungen:

aMGV	außerhalb morbiditätsbedingter Gesamtvergütung
B-BWA	Beschluss des Bewertungsausschusses bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
MGV	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
InBa	Institut des Bewertungsausschusses
Euro-GO	(regionale) Euro-Gebührenordnung
OW	Orientierungswert
RLV	Regelleistungsvolumen

Präambel

Die vorliegende Vereinbarung ersetzt die bislang mit den Landesverbänden der Krankenkassen getroffenen Vereinbarung zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2011 und 2012 nebst der 1. bis 4. Ergänzungsvereinbarung sowie der 1. Änderungsvereinbarung. Hiervon nicht betroffen ist die Ergänzungsvereinbarung für die Jahre 2011 und 2012 vom 11.4.2011. Die Neufassung der Honorarvereinbarung wird aufgrund der Neuregelung des Versorgungsstrukturgesetzes, insbesondere zur Honorarverteilung, vorgenommen.

Diese Honorarvereinbarung beruht auf den jeweils aktuell gültigen Beschlüssen des Bewertungsausschusses.

Teil A Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

1. Grundsätze der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

- 1.1 Die quartalsbezogene MGV bildet sich nach den jeweils geltenden Beschlüssen des B-BWA. Die MGV wird gemäß §87d II SGB V um 1,25% angehoben.
- 1.2 Leistungen außerhalb der MGV (Teil B dieser Vereinbarung) unterliegen nicht der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- 1.3 Grundlage der quartalsbezogenen MGV je Versicherten ist die unter den Vertragspartnern abgestimmte quartalsbezogene MGV je Versicherten des Vorjahres, ohne Berücksichtigung der Stützungsbeträge für Phoniater und Pädaudiologen.
- 1.4 Es gilt folgende Saldierungsregelung für antragsgebundene genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen gemäß Kapitel 35.2 EBM (für folgende Fachgruppen: psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien). Die Honorarsummen der abgerechneten Leistungen werden quartalsweise den gebildeten Rückstellungen gegenübergestellt. Kumuliert über alle Quartale der Jahre 2011/2012 erfolgt eine Schlussabrechnung. Im Falle einer Unterdeckung besteht für die Krankenkassen eine Nachschusspflicht. Dazu werden die Honorarsummen der abgerechneten Leistungen mit den gebildeten Rückstellungen verglichen. Dabei werden Quotierungen des Preises in Folge von Überschreitungen zeitbezogener Kapazitätsgrenzen berücksichtigt. Es ist sicher zu stellen, dass über alle Quartale die die Sonderrückstellung überschreitenden Beträge von den jeweiligen Krankenkassen proportional zu ihrer Überschreitung getragen werden. Die KVSH informiert die Krankenkassen/-verbände über den Überschreibungsbetrag der einzelnen Krankenkasse sowie über die Gesamtsumme dieser Überschreitung und die Gesamtsumme der Nachschusspflicht. Die Abrechnung erfolgt über das Formblatt 3 in der Kontenart 400 unter einem Vorgang und wird den betreffenden Krankenkassen zusammen mit der Auslieferung des Formblatt 3 für das erste Quartal 2013 übermittelt.

2. Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

2.1 Ermittlung der angepassten Leistungsmenge je Versicherten

Die Ermittlung der angepassten Leistungsmenge erfolgt kassenspezifisch gemäß Beschluss des BWA. Die in Teil B dieser Vereinbarung genannten Leistungen werden bei der Ermittlung des angepassten Leistungsbedarfes nicht einbezogen. Für die Ermittlung der angepassten Leistungsmenge gilt Teil A, 1.3 dieser Vereinbarung.

Die unbereinigte Leistungsmenge je Versicherten wird für das Jahr 2012 gemäß B-BWA in der 266. Sitzung vom 14.12.2011 (Punkt 3.2) um die anteiligen Leistungsmengen der reproduktionsmedizinischen Beratungsleistungen (Gebührenordnungspositionen 08520 und 08521) je Versicherten nach Anwendung des Wohnortprinzips erhöht.

Entsprechend der Durchführungsempfehlung des Bewertungsausschusses in seiner 266. Sitzung am 14.12.2011 wird der vereinbarte morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf je GKV-Versicherten in den Quartalen II/2012 bis I/2013 um insgesamt 1,82 Punkte basiswirksam bereinigt (jahresbezogener Bereinigungsbetrag). Der Bereinigungsbetrag wird zu gleichen Teilen auf die vier Quartale verteilt.

Die KVSH hat den Krankenkassen/-verbänden grundsätzlich 6 Wochen vor Quartalsbeginn die kassenspezifischen Daten (Satzart ARZTRG87c4FUSION in der zuletzt vorliegenden Version) zur Berechnung der MGV und ggf. für weitere Berechnungen zur Abstimmung vorzulegen.

Die kassenspezifischen Daten gemäß ARZTRG87c4FUSION gelten als abgestimmt, wenn eine Kasse dies nicht innerhalb von 4 Wochen nach Vorlage durch die KVSH beanstandet. Im Falle einer Beanstandung hat die Kassenärztliche Vereinigung dies bei Nichtberücksichtigung schriftlich zu begründen. Kommt eine einvernehmliche Feststellung binnen der vorgenannten Frist nicht zustande, gilt die von der KVSH hieraus errechnete vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung allein zum Zwecke der Mitteilung der arzt-/ praxisbezogenen RLV. In diesen Fällen bzw. sofern Beanstandungen auf Basis einer Bereinigung von Selektivverträgen beruhen, bleibt der Weg über das Schiedsamt offen, um eine Lösung herbeizuführen.

Für die Fachgruppe der Phoniater und Pädaudiologen wird die MGV um einen Betrag von 10.000,- Euro je Quartal letztmalig bis 31.12.2012 angehoben. Hierbei handelt es sich um Einmalzahlungen, die nicht Bestandteil der Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung im

nachfolgenden Vertragszeitraum sind. Dieser Betrag fließt zweckgebunden in den im Honorarverteilungsmaßstab hierfür vorgesehenen Vorwegabzug zur Vergütung der phoniatischen bzw. pädaudiologischen Leistungen nach Kapitel 20 EBM, die von den Ärzten mit der entsprechenden Facharztbezeichnung erbracht werden.

Die Anhebung der quartalsbezogenen MGV der einzelnen Krankenkasse zur Vergütung der Phoniater und Pädaudiologen um 10.000,- EUR bemisst sich nach dem Anteil der kassenspezifischen-MGV im Verhältnis zur GKV-MGV (jeweils vor Bereinigung von Selektivverträgen).

2.2 Vereinbarter Punktwert

Auf der Grundlage des vom B-BWA in der 266. Sitzung vom 14.12.2011 festgelegten Orientierungswertes (OW) vereinbaren die Vertragspartner einen Punktwert zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen in Höhe von 3,5048 Cent.

Aufgrund der Entscheidung vom 15.12.2010 des Landessozialgericht Berlin-Brandenburg zur aufschiebenden Wirkung des Teils C 3.1 des B-BWA vom 02.09.2009 (Az.: L7 KA 84/09 ER) werden für Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und Geburtshilfe) zunächst ab 1.1.2011 keine entsprechenden Zuschläge zum OW gezahlt.

Ergibt sich aus dem bestandskräftigen Abschluss des Verfahrens (Az.: L7 KA 62/09 KL bzw. L7 KA 135/09 KL) gegen den vom Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 15. Sitzung am 02.09.09 getroffenen Beschlussteil C (Festlegung von Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur für das Jahr 2010 gemäß § 87 Abs. 2f SGB V) eine anderweitige Finanzierungsregelung, werden die Vertragspartner diese Entscheidung umsetzen.

Sollte sich daraus ein Rechtsanspruch auf Zahlung eines Zuschlages durch die Krankenkassen ergeben, werden die Vertragspartner eine entsprechende kostenneutrale Anpassung bzw. Umwandlung des Vertrages zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich des ambulanten Operierens nach § 73a SGB V in einen Vertrag zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 136 Abs. 4 SGB V vornehmen. Es besteht für die Krankenkassen eine maximale Zuzahlungsverpflichtung in

Höhe der sich aus den Beschlüssen ergebenden Beträge zuzüglich der im Strukturvertrag vereinbarten Kosten für Übernachtungen.

Nachvergütungen für vertragsärztliche Leistungen aus Vorquartalen werden nach den Bedingungen des entsprechenden Abrechnungsquartals vergütet und fließen dementsprechend in die Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen ein.

2.3 Quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

2.3.1 Die quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung einer Kasse ergibt sich gemäß Anlage 1 dieser Vereinbarung aus dem Produkt

- der nach Nr. 2.1 ermittelten angepassten Leistungsmenge je Versicherten der Kasse,
- der Zahl der Versicherten des jeweiligen Abrechnungsquartals der Kasse (arithmetisches Mittel gemäß Satzart ANZVER87c4FUSION) sowie
- dem nach Nr. 2.2 vereinbarten Punktwert,
- abzüglich Bereinigungsbeträge von Selektivverträgen.

2.3.2 Die MGV wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerbudgetären Leistungen gemäß Teil B dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht ist mit Ausnahme der Regelung nach Teil A Ziffer 1.4 dieser Vereinbarung ausgeschlossen.

2.3.3 Sofern eine Krankenkasse Versicherte mit Wohnsitz im Ausland hat, kann sich die Krankenkasse bzw. der jeweilige Gesamtvertragspartner mit der KVSH in einer gesonderten Vereinbarung über deren Berücksichtigung bei der Berechnung der MGV verständigen.

2.4 Kostenerstattung

Ausgaben der Krankenkassen für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 und 3 SGB V und nach § 53 Abs. 4 SGB V mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 6 SGB V im Jahr 2011 und 2012 sind nach Abschluss des jeweiligen Abrechnungsjahres auf die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß Teil A Ziffer 1 dieser Vereinbarung anzurechnen. Die konkrete Umsetzung nach § 13 Abs. 2 und 3 SGB V und nach § 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 fusionierenden Krankenkassen gemäß Teil A, Ziffer 2.1 dieser Vereinbarung berechnet wird. Dies gilt vorerst nicht für den Zusammenschluss der AOK Westfalen-Lippe und der AOK Schleswig-Holstein zur AOK NORDWEST.

3.2 Neugründungen von Krankenkassen

Bei Neugründungen von Krankenkassen wird die MGV auf der Basis des durchschnittlichen Behandlungsbedarfs gemäß Teil A, Ziffer 2.1 dieser Vereinbarung 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. Bei Krankenkassen mit weniger als 30 Versicherten wird die MGV auf der Basis des durchschnittlichen Behandlungsbedarfs der jeweiligen Kassenart geleistet, wie er sich für das jeweilige Quartal ergibt.

Teil B Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Folgende Leistungen / Leistungsbereiche werden nach gesonderten Verträgen berücksichtigt:

- a) 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) regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen.

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

- c) Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 EBM und die GOP 32880 bis 32882 des Abschnitts 32.2.8 EBM,
- d) Durchführung von Vakuumbiopsien (GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854, 40855),
- e) Strahlentherapie (GOP 25210 bis 25342 sowie 40840 und 40841),
- f) Phototherapeutische Keratektomie (GOP 31362, 31734, 31735 und 40680),
- g) Leistungen der künstlichen Befruchtung (GOP 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510X, 08530X, 08531X, 08540X bis 08542X, 08550X bis 08552X, 08560X, 08561X, 08570X bis 08574X, 11311X, 11312X, 11320X bis 11322X, 11330X bis 11334X, 11351X, 11352X, 11354X, 11360X, 11361X, 11370X bis 11372X, 11380X, 11390X, 11391X, 11395X, 11396X, 11400X, 11401X, 11403X, 11404X, 11410X bis 11412X, 11420X bis 11422X, 11430X bis 11434X, 11440X bis 11443X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X und 36822X) sowie die Kostenpauschalen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X und 32781X gemäß Durchführungsempfehlung des BWA,
- h) Dialysesachkosten (GOP 40800 bis 40822),
- i) Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nach der GOP 13622 einschl. der Sachkosten,

- j) Erst- und Folgeverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425 und 01426),
- k) Kostenpauschalen für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V nach den GOP 40870 und 40872,
- l) Leistungen zur spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922 und 30924,
- m) Substitutionsbehandlung nach den GOP 01950 bis 01952 (§ 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V) und diamorphingestützte Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger gemäß GOP 01955 und 01956 im Abschnitt 1.8 des EBM,
- n) Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis gemäß GOP 01833 im Rahmen der Empfängnisregelung nach Abschnitt 1.7.5 EBM (bis 30.09.2012),
- o) Balneophototherapie nach der GOP 10350 (entsprechend der Durchführungsempfehlung des BWA in seiner 225. Sitzung),
- p) Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe [Leistungen des Abschnitts 8.4]),
- q) Belegärztliche Begleitleistungen,
- r) Leistungen des Kapitels 31 sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,
- s) Operative Leistungen einschl. Anästhesien aus dem Katalog zum Vertrag nach § 115 b SGB V i. d. F. vom 17.08.2006 soweit sie nicht in Buchstabe r enthalten sind,
- t) Betreuungsleistungen nach den GOP 16230 und 21230,
- u) Besuche in Pflegeheimen nach SGB XI außerhalb des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (EBM Abschnitt 1.4 plus Kennzeichen „H“),

Für die unter a) bis b) aufgeführten Leistungen gelten die unter den Vertragspartnern bilateral getroffenen Vereinbarungen. Für die unter c) bis u) aufgeführten Leistungen

gilt der OW in Höhe von 3,5048 Cent, soweit es sich nicht um Kostenpauschalen handelt oder in dieser Vereinbarung nichts anderes geregelt ist.

Die Besuchsleistungen unter u) dieser Vereinbarung werden zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung abzüglich der geltenden EBM-Aufwertung gem. des B-BWA in der 248. Sitzung vom 25.01.2011 mit Wirkung zum 1.4.2011 den Krankenkassen über das Formblatt 3 in Rechnung gestellt.

Die Krankenkassen erhalten mit dem Formblatt 3 den Nachweis der aufgrund der EBM-Aufwertung ermittelten kassenseitigen Quote (Anlage 2).

Teil C Nicht vorhersehbarer, überproportionaler Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs

Eine Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2012 erfolgt nach § 87d II 4 SGB V nicht (gemäß B-BWA vom 14.12.2011 in der 266. Sitzung).

Teil D Verschiedenes

1. Abrechnungstransparenz

Im Formblatt 3 werden die sachlich-rechnerischen Berichtigungen aufgrund von Prüfungsmaßnahmen nach § 106a SGB V je Kontenart ausgewiesen. Eine weitere Aufbereitung dieser Daten kann durch die KVSH nur außerhalb des Formblatt 3 geschehen.

Ergänzend zur Ausweisung der Regresse Arznei-, Verband- und Heilmittel im Formblatt 3 werden auf jeweiliger Anforderung der Kasse quartalsweise per Excel-Tabelle die Gut- bzw. Lastschriften nachvollziehbar dargelegt.

2. Ausweisung von Sonderverträgen im Formblatt 3

Regionale Sonderverträge werden entsprechend den Regelungen der Formblatt 3-Inhaltsbeschreibung (je nach Kontenart bis zur Ebene 6) ausgewiesen.

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

3. Verrechnung der Zuzahlung nach § 28 Abs. 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.

4. Berücksichtigung der Rückflüsse aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen sowie der Plausibilitätsprüfung

Rückflüsse aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder auf Grund nachgelagerter sachlich-rechnerischer Berichtigungen sind der jeweiligen Krankenkasse zu erstatten, wenn sie aus Leistungsbereichen stammen, die außerhalb der MGV zu vergüten sind.

5. Berücksichtigung der Honorarabschläge nach § 95d Abs. 3 SGB V

Honorarabschläge nach § 95d Abs. 3 SGB V werden den einzelnen Versorgungsbereichen zugeführt, sofern es sich um Leistungen der MGV handelt. Honorarabschläge für Leistungen außerhalb der MGV fließen entsprechend ihres Anteils an der abgerechneten Punktmenge des jeweiligen Arztes an die jeweilige Krankenkasse zurück.

6. Rechtshängiges Verfahren des vdek gegen die Entscheidung des Landesschiedsamtes Schleswig-Holstein zur Honorarvereinbarung 2009 vom 25.11.2008

Sämtliche Vertragspartner sind sich einig, dass die Inhalte des Urteils im o.g. Verfahren für die Jahre 2011 und 2012 Anwendung finden und lassen eine Entscheidung des LSG Schleswig-Holstein gegen sich gelten.

7. Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder eine Regelungslücke enthalten, bleibt der Vertrag im Übrigen gültig. Anstelle der

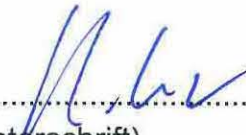
unwirksamen bzw. fehlenden Bestimmungen verpflichten sich die Vertragspartner, eine solche Ersatzregelung zu vereinbaren, die dem ursprünglichen Regelungsziel möglichst nahe kommt. Sofern diese zwischen den Vertragspartnern nicht zustande kommt, gelten die gesetzlichen Vorschriften.

Teil E Inkrafttreten, Dauer

1. Diese Vereinbarung gilt für den Vergütungszeitraum vom 01.04.2012 bis 31.12.2012.
2. Diese Vereinbarung steht unter dem Vorbehalt der aufsichtsrechtlichen Nichtbeanstandung (§ 71 Abs. 4 SGB V).


Bad Segeberg, den 29.03.12

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein


.....
(Unterschrift)

Kiel, den 04.06.12

AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse -


.....
(Unterschrift)


Hamburg, den.....

BKK-Landesverband NORDWEST


.....
(Unterschrift)

Lübeck, den 14.6.12


IKK Nord


.....
(Unterschrift)

 IKK Nord
Fördertower
Gablenzstr. 9
24114 Kiel

Kiel, den 11.06.12

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Schleswig-Holstein/Hamburg


.....
(Unterschrift)

Hamburg, den.....*4.7.12*.....

Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg

[Handwritten signature]
.....
(Unterschrift)

Kiel, den.....*8.5.2012*.....

Verband der Ersatzkassen e. V.
Der Leiter der Landesvertretung Schleswig-Holstein

S.V. Tauer
.....
(Unterschrift)

Protokollnotiz zur
Vereinbarung zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2012 mit Wirkung zum 1. April 2012

Hinsichtlich der bestehenden Nachschusspflicht für antragsgebundene genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen gemäß Kapitel 35.2 EBM sind Eingriffe in die bisherige Vergütungsmechanik der antragsgebundenen genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen einer HVM-Anpassung durch die KVSH für das Jahr 2012 von der KVSH finanziell zu verantworten.