

**Vereinbarung zur Honorierung
vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2013
mit Wirkung zum 1. Januar 2013**

Die

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

(nachfolgend KVSH genannt)

- einerseits -

und

die Landesverbände der Krankenkassen

- AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse.
- BKK-Landesverband NORDWEST
- IKK Nord
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK), Kiel
- Knappschaft

und

die 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 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. Januar 2013.

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 Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
- Anlage 1a Berechnung zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte gemäß Punkt 5.2 b) der Honorarvereinbarung
- Anlage 2 Kriterien für förderungswürdige Leistungen gemäß B-BWA
- Anlage 3 Liste der chronischen Erkrankungen gemäß Teil B

Abkürzungen:

aMGV	außerhalb morbiditätsbedingter Gesamtvergütung
B-BWA	Beschluss des Bewertungsausschusses bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses
FG	Fachgruppe
FwL	Besonders förderungswürdige Leistungen
MGV	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
InBa	Institut des Bewertungsausschusses
Euro-GO	(regionale) Euro-Gebührenordnung
OW	Orientierungswert

Präambel

Diese Vereinbarung regelt die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen für 2013. Verschiedene Elemente (z.B. FwL) haben jedoch aus Gründen der Stabilisierung der vertragsärztlichen Versorgung einen Bezug für die Kalenderjahre 2013 und 2014.

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

Teil A Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

1. Grundsätze

Die quartalsbezogene MGV bildet sich nach den jeweils geltenden Beschlüssen des B-BWA.

Die ermittelte MGV wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerbudgetären Leistungen gemäß Teil B sowie Teil C dieser Vereinbarung) gezahlt.

2. Berechnung des Behandlungsbedarfs

Ausgangspunkt der Berechnung kassenspezifischer Behandlungsbedarfe für ein Abrechnungsquartal des Jahres 2013 ist die Feststellung des insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort in Schleswig-Holstein für das Vorjahresquartal vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs.

Hierzu wird die gemäß Beschluss Teil C des BWA in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch Beschluss Teil B des BWA in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012, vorliegende Datenlieferung der kassenseitigen Rechnungslegung in der Satzart KASSRG87aMGV_SUM verwendet.

Sollten die darin enthaltenen Summenangaben zum vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf aus Datenlieferungen der Krankenkassen einerseits und aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein andererseits nicht übereinstimmen, verständigen sich die jeweiligen Vertragspartner über die zur Beseitigung der Abweichungen anzusetzenden Differenzbeträge.

Das verbindliche Ergebnis des Abstimmungsverfahrens ist den Gesamtvertragspartnern von der KVSH unverzüglich nach Abschluss mitzuteilen.

Sofern über die Datengrundlagen keine Einigung erzielt werden kann, ist das Schiedsamt anzurufen.

In diesem Fall gilt als Aufsatzwert zunächst vorläufig die unstreitige Höhe des Behandlungsbedarfs bis zum rechtsgültigen Abschluss des Verfahrens.

Nach rechtskräftiger Entscheidung über die Höhe des vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs erfolgt von der KVSH eine abschließende Neuberechnung.

3. Anpassung des Behandlungsbedarfs

3.1 Bereinigung des Behandlungsbedarfs (vgl. Anlage 1)

Der unter Punkt 2. abgestimmte Behandlungsbedarf aller Krankenkassen wird um nachfolgende Punktmengen des jeweiligen Vorjahresquartals bereinigt:

- a) um die nicht sockelwirksame Anhebung der MGV im Jahr 2012 für die Fachgruppe der Phoniater und Pädaudiologen (10.000,- € / 3,5048Cent),
- b) um die Leistungen der MRSA gemäß der „Vereinbarung zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2012 mit Wirkung zum 01.04.2012“. Diese Bereinigung findet letztmalig Anwendung in dem Quartal I/2013,
- c) um die Leistungsmenge der Polysomnographie (GOP 30901) multipliziert mit der quartalsbezogenen arztseitigen Abrechnungsquote. Diese Bereinigung findet Anwendung in den Quartalen I/2013 – IV/2013,
- d) um die Leistungsmenge der antragsgebundenen Psychotherapie nach Abschnitts 35.2 EBM und probatorische Sitzungen (35150 EBM) aller Arztgruppen. Diese Bereinigung findet Anwendung in den Quartalen II/2013 – I/2014,
- e) um die Leistungsmenge MRT-Angiographie (GOP 34470 – 34492) multipliziert mit der quartalsbezogenen arztseitigen Abrechnungsquote und MRT-Mammographie (GOP 34431) ebenfalls multipliziert mit der quartalsbezogenen arztseitigen Abrechnungsquote. Diese Bereinigung findet Anwendung in den Quartalen II/2013 – I/2014.

3.2 Erhöhung des Behandlungsbedarfs

Der unter Punkt 2. abgestimmte Behandlungsbedarf aller Krankenkassen wird erhöht um die um 5% abgesenkte Leistungsmenge der Besuche in Pflegeheimen nach SGB XI außerhalb des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (EBM-Abschnitt 1.4 plus Kennzeichen „H“) des jeweiligen Vorjahresquartals multipliziert mit der Wertigkeit der entsprechenden EBM-Positionen aus 2010. Diese Erhöhung findet Anwendung in den Quartalen II/2013 – I/2014.

3.3 Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Krankenkassen (Punktzahl)

Die nach Punkt 3.1 und 3.2 erfolgte Anpassung des Behandlungsbedarfs aller Krankenkassen bildet die Grundlage für die Aufteilung des Behandlungsbedarfs auf die einzelnen Krankenkassen.

4. Ermittlung der kassenspezifischen Anteile am vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal

Der nach Punkt 3.3 ermittelte Behandlungsbedarf wird nun entsprechend des Anteils der für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort in Schleswig-Holstein im Vorjahresquartal abgerechneten Leistungen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung, die im Abrechnungsquartal der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehören, an der für Versicherte aller Krankenkassen mit Wohnort in Schleswig-Holstein im Vorjahresquartal nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung insgesamt abgerechneten Leistungen, die im Abrechnungsquartal der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehören, auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt. Die abgerechneten Leistungen werden auf der Grundlage der Satzart ARZTRG87aKA_IK bestimmt. Hierbei werden die Anpassungen analog zu Punkt 3. durchgeführt.

Die sich daraus ergebenden kassenspezifischen Anteile werden in Anlage 1 zum Honorarvertrag dargestellt.

5. Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

5.1 Behandlungsbedarf je Krankenkasse

Der nach Punkt 3.3 ermittelte Behandlungsbedarf aller Krankenkassen wird mit dem prozentualen Anteil je Krankenkasse gemäß Punkt 4. multipliziert. Der sich so ergebende Behandlungsbedarf je Krankenkasse wird durch die Anzahl der Versicherten des entsprechenden Quartals 2012 dividiert gemäß der Datenlieferungen ANZVER87c4 und mit der Anzahl der Versicherten des entsprechenden Quartals 2013 multipliziert gemäß der Datenlieferungen ANZVER87a.

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.

5.2 Erhöhung des Behandlungsbedarfs

Der sich nach Punkt 5.1 ergebende Behandlungsbedarf wird erhöht um

- a) 1,4941%
- b) 8.623.316,46 € basiswirksam für das Jahr 2013, aufgeteilt auf die Krankenkassen entsprechend der Anlage 1a.

5.3 Vereinbarer Punktwert

Auf der Grundlage des Beschlusses vom B-BWA in der 30. Sitzung vom 15./30.08.2012 festgelegten Orientierungswertes (OW) vereinbaren die Vertragspartner einen Punktwert zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen in Höhe von 3,5363 Cent. Der sich nach Punkt 5.2 ergebende Behandlungsbedarf wird mit dem vereinbarten OW multipliziert.

5.4 Stützung der Fachgruppe der Phoniater und Pädaudiologen

Der sich nach Punkt 5.3 ergebende Betrag wird um eine Einmalzahlung in Höhe von 10.000,- Euro je Quartal für die Fachgruppe der Phoniater und Pädaudiologen 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).

5.5 Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen

Der sich nach Punkt 5.4 ergebende Betrag wird um den Differenzbereinigungsbetrag für Selektivvertrags-Neueinschreiber und -Rückkehrer angepasst.

5.6 Bereinigung aufgrund spezialfachärztlicher Versorgung gem. § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V

Der hierzu noch zu ergehende Beschluss des BWA wird - soweit verbindlich - von den Vertragspartnern umgesetzt.

6. Vergütung für Leistungen aus Vorquartalen

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

7. 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 5 SGB V 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 SGB V und nach § 53 Abs. 4 SGB V erfolgt bilateral zwischen der KVSH und der jeweiligen Krankenkasse.

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

8.1 Fusionen von Krankenkassen

Für den Fall von Kassenfusionen vereinbaren die Vertragspartner, dass der Behandlungsbedarf für die neu gebildete Krankenkasse auf der Basis der nach Versicherungszahlen gewichteten Behandlungsbedarfe der fusionierenden Krankenkassen gemäß dieser Vereinbarung berechnet wird.

8.2 Neugründungen von Krankenkassen

Bei Neugründungen von Krankenkassen wird die MGV auf der Basis des durchschnittlichen Behandlungsbedarfs gemäß 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.

8.3 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

I. Folgende Leistungen / Leistungsbereiche werden nach gesonderten Verträgen berücksichtigt:

1.) Leistungen, die im Rahmen besonderer, nicht für alle Krankenkassen gültiger Verträge vereinbart worden sind:

- a) Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V,
- b) Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V,
- c) Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V,
- d) Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß § 137f-g SGB V und
- e) Verträge zur integrierten Versorgung gemäß §§ 140 a-d SGB V.

2.) regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen.

Für die unter 1.) bis 2.) aufgeführten Leistungen gelten die unter den Vertragspartnern bilateral getroffenen Vereinbarungen.

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

- 1.) Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 EBM und die GOP 32880 bis 32882 des Abschnitts 32.2.8 EBM,
- 2.) Durchführung von Vakuumstanzbiopsien (GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854, 40855),
- 3.) Strahlentherapie (GOP 25210 bis 25342 sowie 40840 und 40841),
- 4.) Phototherapeutische Keratektomie (GOP 31362, 31734, 31735 und 40680),
- 5.) Leistungen der künstlichen Befruchtung (GOP 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08540 bis 08542, 08540X bis 08542X, 08550 bis 08552, 08550X bis 08552X, 08560, 08560X, 08561, 08561X, 08570 bis 08574, 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,

- 6.) Dialysesachkosten (Abschnitt 40.14),
- 7.) Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nach der GOP 13622 einschl. der Sachkosten,
- 8.) Erst- und Folgeverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425 und 01426),
- 9.) Kostenpauschalen für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V nach den GOP 40870 und 40872,
- 10.) Leistungen zur spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922 , 30924, 32821 und 32822
- 11.) 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,
- 12.) Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis gemäß GOP 01833 im Rahmen der Empfängnisregelung nach Abschnitt 1.7.5 EBM,
- 13.) Balneophototherapie nach der GOP 10350 (entsprechend der Durchführungsempfehlung des BWA in seiner 225. Sitzung),
- 14.) Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe [Leistungen des Abschnitts 8.4]),
- 15.) Belegärztliche Begleitleistungen,
- 16.) Leistungen des Kapitels 31 sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,
- 17.) 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 Nummer 16 enthalten sind,
- 18.) Betreuungsleistungen nach den GOP 16230 und 21230,
- 19.) Leistungen zur Diagnostik und Therapie von MRSA-Trägern/MRSA-Infizierten nach den GOP 86770, 86772, 86774, 86776, 86778, 86780, 86781, 86782 und 86784

- 20.) Neuropsychologische Therapie nach Abschnitt 30.11 EBM,
- 21.) Polysomnographie nach der GOP 30901,
- 22.) Besuche in Pflegeheimen nach SGB XI außerhalb des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (EBM Abschnitt 1.4 plus Kennzeichen „H“) (gültig nur in I/2013),
- 23.) Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150) aller Arztgruppen (gültig ab II/2013) sowie
- 24.) MRT-Angiographie (GOP 34470 – 34492) und MRT-Mammographie (GOP 34431) (gültig ab II/2013).

Für die unter II. Nr. 1.) bis 24) aufgeführten Leistungen gilt der OW in Höhe von 3,5363 Cent, soweit es sich nicht um Kostenpauschalen handelt oder in dieser Vereinbarung nichts anderes geregelt ist.

Die Besuchsleistungen unter II. 22.) dieser Vereinbarung werden für das Quartal I/2013 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.

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

III. Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen werden von den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet:

Die Vertragspartner vereinbaren für die im Folgenden aufgeführten Leistungen eine besondere Förderung durch Zuschläge. Die Festlegung der Zuschlagshöhe erfolgt alleinverantwortlich durch die KVSH. Sie entfaltet, genau wie die jeweiligen Förderkriterien, kein Präjudiz gegenüber den Krankenkassen für zukünftige und andere Förderungen in Folgejahren (ab Jahre 2015 ff.). Die jeweils kalkulierten Zuschlagshöhen, werden den Vertragspartnern von der KVSH vor dem entsprechenden Förderquartal übermittelt, spätestens jedoch mit der jeweiligen Formblatt 3-Abrechnung. Die tatsächlich ausgezahlten Zuschläge je Leistung, werden den Vertragspartnern mit der Abrechnung gesondert zur Verfügung gestellt.

Die Vertragspartner legen fest, dass die KVSH in der Anlage 2 darstellt, in welcher Weise im Bereich der vereinbarten förderungswürdigen Leistungen Mängel in der Versorgung bestehen und inwieweit durch die Förderung eine Verbesserung der Ergebnisqualität bewirkt werden kann. Darüber hinaus stellt sie in der Anlage 2 die Abrechnungsvoraussetzungen aller vereinbarten förderungswürdigen Leistungen fest.

Die KVSH validiert im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten den entstandenen Fortschritt in den jeweiligen Förderbereichen. Die KVSH steht für Beratungen der festgestellten Ergebnisse zur Verfügung. Ein erster Bericht ist bis zum 31.08.2014 zu erstellen.

- 1.) Die Vertragspartner vereinbaren gemeinsam im KV-Bezirk der KVSH ab II/2013 Zuschläge für die Haus- und Heimbesuche bei Patienten ab 70 Jahre oder mit Pflegestufe II bzw. III (GOP 01410 - 01413, 01415). Die Zuschläge werden mit nachfolgenden Pseudo-GOPs im Formblatt 3 bis zur 6. Ebene mit Angabe der Fallzahl ausgewiesen:

Bezeichnung	GOP	Pseudo-GOP*	Start	Mindestzuschlag in €
Haus- & Heimbesuche bei Patienten ab 70 Jahre und/oder mit Pflegestufe II bzw. III	01410	90410A	1.4.2013	3,18 €
Haus- & Heimbesuche bei Patienten ab 70 Jahre und/oder mit Pflegestufe II bzw. III	01411	90410B	1.4.2013	7,03 €
Haus- & Heimbesuche bei Patienten ab 70 Jahre und/oder mit Pflegestufe II bzw. III	01412	90410C	1.4.2013	9,39 €
Haus- & Heimbesuche bei Patienten ab 70 Jahre und/oder mit Pflegestufe II bzw. III	01413	90410D	1.4.2013	1,59 €
Haus- & Heimbesuche bei Patienten ab 70 Jahre und/oder mit Pflegestufe II bzw. III	01415	90410E	1.4.2013	8,20 €

*Die Pseudo-GOPs werden mit dem Wert „Null“ ausgewiesen.

Zur Finanzierung dieser Stützung vereinbaren die Vertragspartner eine Gesamtsumme in Höhe von 3 Mio. € für das Jahr 2013 und 4 Mio. € für das Jahr 2014. Nicht-ausgeschöpfte Mittel aus 2013 können auf 2014 übertragen werden. In 2014 nicht-ausgeschöpfte Mittel sind an die Krankenkassen entsprechend ihres eingezahlten Anteils zurückzuzahlen. Eine Nachschusspflicht ist ausdrücklich ausgeschlossen.

- 2.) Die Vertragspartner vereinbaren gemeinsam im KV-Bezirk der KVSH Zuschläge für die folgenden besonders förderungswürdigen Leistungen. Die Zuschläge werden mit nachfolgenden Pseudo-GOPs im Formblatt 3 bis zur 6. Ebene mit Angabe der Fallzahl ausgewiesen:

Bezeichnung	GOP	Pseudo-GOP*	Start	Mindestzuschlag in €
Chronikerziffer ohne DMP/Onkologievereinbarung	03212	90400A	1.1.2013	2,63 €
Chronikerziffer mit DMP/Onkologievereinbarung	03212	90400B	1.1.2013	1,75 €
Chronikerziffer ohne DMP/Onkologievereinbarung	04212	90400C	1.1.2013	2,63 €
Chronikerziffer mit DMP/Onkologievereinbarung	04212	90400D	1.1.2013	1,75 €
Gastroskopie	13400	90400E	1.1.2013	8,35 €
Kleine Chirurgie	02301	90400F	1.4.2013	10,00 €
Kleine Chirurgie	02302	90400G	1.4.2013	10,00 €
Schwindeldiagnostik	09324	90400H	1.4.2013	1,20 €
Schwindeldiagnostik	09325	90400I	1.4.2013	2,62 €
Schwindeldiagnostik	09326	90400J	1.4.2013	3,34 €
Hyposensibilisierung	30130	90400K	1.4.2013	0,94 €
Hyposensibilisierung	30131	90400L	1.4.2013	0,71 €
Provokation	30120	90400M	1.4.2013	0,65 €
Provokation	30121	90400N	1.4.2013	1,64 €
Provokation	30122	90400O	1.4.2013	6,61 €
Provokation	30123	90400P	1.4.2013	1,64 €
Urodynamik	08310	90400R	1.4.2013	6,05 €
Urodynamik	26312	90400S	1.4.2013	2,90 €

Urodynamik	26313	90400T	1.4.2013	6,51 €
Prostatastanze	26341	90400U	1.4.2013	1,87 €
Transfusionen	02110	90400V	1.4.2013	2,12 €
Transfusionen	02111	90400W	1.4.2013	0,85 €

*Die Pseudo-GOPs werden mit dem Wert „Null“ ausgewiesen.

Für die unter Punkt 2.) aufgeführten besonders förderungswürdigen Leistungen vereinbaren die Vertragspartner eine Gesamtsumme in Höhe von 6,9 Mio. € für das Jahr 2013 und 7,2 Mio. € für das Jahr 2014. Nicht-ausgeschöpfte Mittel aus 2013 können auf 2014 übertragen werden. In 2014 nicht-ausgeschöpfte Mittel sind an die Krankenkassen entsprechend ihres eingezahlten Anteils zurückzuzahlen. Eine Nachschusspflicht ist ausdrücklich ausgeschlossen.

EBM-Änderungen während der Laufzeit lösen keine Forderungen an die Krankenkassen zur Erhöhung der unter 1.) und 2.) genannten Gesamtsummen aus. Treten während der Vertragslaufzeit auf Bundesebene Änderungen beim EBM mit Auswirkungen auf einzelne Leistungsbereiche in Kraft, verständigen sich die Gesamtvertragspartner unverzüglich über die Anpassung der hiervon berührten Vertragsinhalte.

Die kassenseitige Aufteilung der unter Punkt III genannten Gesamtsummen erfolgt quartalsweise zu gleichen Teilen und bemisst sich im Jahre 2013 maximal nach dem Anteil der kassenspezifischen-MGV im Verhältnis zur GKV-MGV (jeweils vor Bereinigung von Selektivverträgen). Die Rechnungsstellung erfolgt über Formblatt 3, Vorgangs-Nr. 108 „Zuschläge für Haus- und Heimbesuche“ sowie 109 „Zuschläge für förderungswürdige Leistungen“.

Teil C Nicht vorhersehbarer, überproportionaler Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs

Eine Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2013 erfolgt gemäß Beschluss des BWA vom 22.10.2012 in der 288. Sitzung.

Teil D Verschiedenes

1. Abrechnungstransparenz

- 1.1 Alle abgerechneten GOP werden im Formblatt 3 mit Fallzahlen bis zur Ebene 6 ausgewiesen.
- 1.2 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 § 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 dem GKV-Spitzenverband 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. 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 01.01.2013 bis 31.12.2013. Die Regelungen, die ausdrücklich einen Zweijahresbezug haben (z.B. Regelungen unter Teil B III.), gelten darüber hinaus für den Vergütungszeitraum bis 31.12.2014.

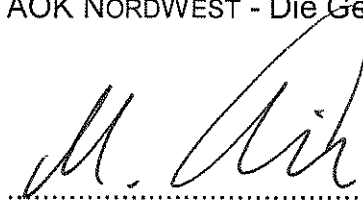
2. Diese Vereinbarung steht unter dem Vorbehalt der aufsichtsrechtlichen Nichtbeanstandung (§ 71 Abs. 4 SGB V). Im Falle einer Beanstandung werden die Vertragspartner gemeinsam eine Alternativlösung suchen, die dem Sinn und Zweck der beanstandeten Regelung gerecht wird.

Bad Segeberg, den 22.03.2013 Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein


.....
(Unterschrift)

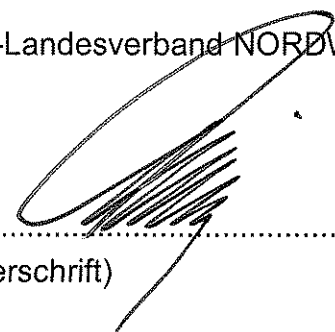
Kiel, den 10.04.13

AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse -


.....
(Unterschrift)


Hamburg, den


BKK-Landesverband NORDWEST


.....
(Unterschrift)

Lübeck, den 17.4.13

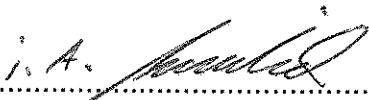
IKK Nord


.....
(Unterschrift)

 IKK Nord
Förderower
Gablensstr. 9
24114 Kiel


Kiel, den 18.4.13

SVLFG als LKK


.....
(Unterschrift)

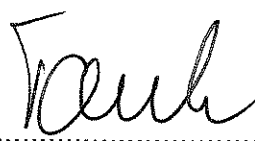
Hamburg, den 3.4.13

Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg


.....
(Unterschrift)

Kiel, den 26. März 2013

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


.....
(Unterschrift)