

**Vereinbarung zur Honorierung
vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2014, 2015 und 2016
mit Wirkung zum 1. Januar 2014**

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
- Handelskrankenkasse (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 § 87 a Abs. 2 bis 6 SGB V die folgende Vereinbarung zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen ab 1. Januar 2014.

Inhaltsverzeichnis:

Teil A	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)
Teil B	Leistungen 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 gem. Teil A, Ziffer 5.2 c) der Honorarvereinbarung
Anlage 2	Katalog der Nebenleistungen nach Honorarvereinbarung, Teil B, II., Nr. 18.)
Anlage 3	Steuerung der Arzneimittelversorgung
Anlage 4	Steuerung der Heilmittelversorgung
Anlage 5	Besonders förderungswürdige Leistungen gemäß Teil B, III. der Honorarvereinbarung (gültig bis einschließlich II/2014)
Anlage 6	Liste der chronischen Erkrankungen gemäß Teil B, III. der Honorarvereinbarung (gültig bis einschließlich II/2014)

Abkürzungen:

aMGV	außerhalb morbiditätsbedingter Gesamtvergütung
BWA	(erweiterter) Bewertungsausschuss
B-BWA	Beschluss des Bewertungsausschusses bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses
FwL	Besonders förderungswürdige Leistungen
GOP	Gebührenordnungsposition
MGV	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
OW	Orientierungswert

Präambel

Diese Vereinbarung regelt die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen für 2014 bis einschließlich 2016.

Diese Honorarvereinbarung beruht auf der aktuellen Gesetzeslage und den jeweils aktuell gültigen Beschlüssen des (erweiterten) Bewertungsausschusses.

Teil A Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

1. Grundsätze

Die quartalsbezogene MGV bildet sich nach den jeweils geltenden Beschlüssen des 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 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 sowie durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 308. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), vorliegende Datenlieferung der kassenseitigen Rechnungslegung in der Satzart KASSRG87aMGV_SUM verwendet.

Sollten die darin enthaltenen Summenangaben zum vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf und/oder zu den MGV-relevanten Versichertenzahlen 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.

Sollte mindestens eine Krankenkasse/ein Vertragspartner Einspruch erheben, so werden die Vertragspartner ohne Nennung der Krankenkasse darüber informiert. Eine entsprechende Zwischenmeldung an alle Vertragspartner erfolgt bei einem endgültig gescheiterten Abstimmungsverfahren.

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 unstrittige 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.

Aufgrund der gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 304. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erfolgten Anhebung des Orientierungswertes von 3,5363 Cent auf 10 Cent zum 1. Oktober 2013 sind die so ermittelten Behandlungsbedarfe für die ersten drei Quartale des Jahres 2013 jeweils mit dem Anpassungsfaktor 0,35363 zu multiplizieren.

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 ggf. unter Anwendung des Anpassungsfaktors bereinigt:

- a) um die nicht basiswirksame Anhebung der MGV im Jahr 2013 für die Fachgruppe der Phoniater und Pädaudiologen (10.000,- EUR / 3,5363 Cent x 100) in den Quartalen I/2014 – IV/2014,
- b) um die Leistungsmenge der antragsgebundenen Psychotherapie nach Abschnitt 35.2 EBM und probatorische Sitzungen (35150 EBM) aller Arztgruppen. Diese Bereinigung findet Anwendung im Quartal I/2014,
- c) 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 im Quartal I/2014,
- d) um die Leistungsmenge der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 EBM sowie um die Versichertenpauschalen 04110, 04111, 04120, 04121 und 04122 EBM (Fassung bis 30.09.2013), wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden jeweils multipliziert mit der entsprechenden quartalsbezogenen arztseitigen Abrechnungsquote. Dieses Ergebnis wird um 1,25% erhöht und mit 1,4941% weiterentwickelt. In den Leistungsmengen werden auch sämtliche entsprechende Suffixe berücksichtigt. Abweichend von Buchstabe b) und c) wird als Aufsatzzeitraum das

jeweilige Quartal des Jahres 2011 herangezogen. Diese Bereinigung findet Anwendung in den Quartalen I/2014 und II/2014.

Aufgrund der gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 304. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erfolgten Anhebung des Orientierungswertes von 3,5363 Cent auf 10 Cent zum 1. Oktober 2013 sind die Ein- und Ausdeckungspunktmengen für die ersten drei Quartale des Jahres 2013 jeweils mit dem Anpassungsfaktor 0,35363 zu multiplizieren.

Sämtliche Bereinigungsregelungen wurden zwischen den Vertragspartnern ohne präjudizierende Wirkung getroffen.

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. Die so ermittelte Punktzahl wird mit dem Anpassungsfaktor 0,35363 multipliziert. Diese Erhöhung findet Anwendung im Quartal 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

und ARZTRG87aNVI_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 jeweiligen entsprechenden Vorjahresquartals dividiert gemäß der Datenlieferungen ANZVER87a und mit der Anzahl der Versicherten des jeweiligen entsprechenden aktuellen Abrechnungsquartals 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) 1,1127 % basiswirksam für das Jahr 2014.
Die jahresbezogene Veränderung erfolgt für die Jahre 2015 und 2016 durch eine 80:20 gewichtete Zusammenfassung der vom Bewertungsausschuss als Empfehlung nach § 87a Abs. 5 Satz 2 bis 4 mitgeteilten Raten (diagnosebezogene und demographiebezogene Veränderungsrate).
- b) 0,6013 % gem. B-BWA in seiner 319. Sitzung vom 18.12.2013 basiswirksam für das Jahr 2014.
- c) 690.135,- EUR basiswirksam für den Zeitraum III/2013 bis einschließlich II/2014 aufgeteilt auf die Krankenkassen entsprechend der Anlage 1a (vgl. B-BWA vom 19.03.2013 in der 302. Sitzung).
- d) Im Jahr 2014 erfolgt sowohl als Vortrag im Hinblick auf zu erwartende Einsparungen infolge zukünftiger effizienter Verordnungsweise in den Bereichen Arzneimittel und Heilmittel eine zweckgebundene basiswirksame Anhebung der MGV in Höhe von 7,5 Mio. EUR als auch eine zweckgebundene basis-

wirksame Anhebung der MGV um weitere 5 Mio. EUR zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung. Die kassenseitige Aufteilung erfolgt quartalsweise zu gleichen Teilen und bemisst sich nach dem Anteil der kassenspezifischen MGV im Verhältnis zur GKV-MGV (jeweils vor Bereinigung von Selektivverträgen –vgl. Anlage 1).

Diese Mittel werden für die hausärztliche und fachärztliche Mehrleistungsvergütung verwendet, wobei von dem fachärztlichen Anteil die Fachgruppe der Phoniater und Pädaudiologen ohne Präjudiz für künftige Verhandlungen in Höhe von 10.000 EUR pro Quartal gestützt wird.

- e) Für das Jahr 2015 erfolgt gem. den Anlagen 3 und 4 dieser Honorarvereinbarung zusätzlich eine nicht basiswirksame Zahlung in Höhe von maximal 7,5 Mio €. Der von den Vertragspartnern bestimmte Betrag wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt über das Formblatt 3 (Vorgangsnummer 110) gesondert angefordert. Die Verwendung der für das Jahr 2015 gezahlten Mittel entspricht der des Jahres 2014 (vgl. unter d)). Die kassenseitige Aufteilung erfolgt quartalsweise zu gleichen Teilen und bemisst sich nach dem Anteil der kassenspezifischen MGV im Verhältnis zur GKV-MGV (jeweils vor Bereinigung von Selektivverträgen – vgl. Anlage 1).

Für das Jahr 2016 werden die Vertragspartner über eine Fortführung aller Regelungen verhandeln, die eine Kopplung von Honorar und Arznei- sowie Heilmittelausgaben beinhalten. Dabei ist auch die Frage einer Fortführung der Zahlung gemäß Satz 1 zu klären. Kommt eine Einigung zu vorgenannten Punkten nicht zustande, besteht für die KVSH die Möglichkeit, mögliche Strukturprobleme honorarrelevant einzubringen, sofern der Vortrag aus 2014 mit Einsparungen in 2014/2015 gegenfinanziert werden konnte.

- f) Ab III/2014 bis einschließlich II/2015 erfolgt ferner eine basiswirksame Anhebung der MGV in Höhe von 10,5 Mio. EUR (nicht für den „organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst“), deren Verwendung in den Versorgungsbereichen einer Zweckbindung unterliegt. Maßgabe der Aufteilung auf die Versorgungsbereiche ist das Verhältnis der Leistungsbedarfs-Anforderungen der unter Teil B, III. genannten Leistungen im jeweiligen Vergleichsquartal III/2013 bis II/2014. Nicht-verbrauchte Mittel fließen in die jeweilige Mehrleistungsvergütung.

In 2014 wird die MGV um den Betrag erhöht, welcher sich aus der Differenz zwischen 10,5 Mio. EUR und den in 2014 bereits angeforderten Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen ergibt. Ab III/2015 wird der Förderbetrag in Höhe von 10,5 Mio. EUR mit der jeweiligen anzuwendenden jährlichen Veränderungsrate unter a) weiterentwickelt. Die kassenseitige Aufteilung erfolgt quartalsweise zu gleichen Teilen und bemisst sich nach dem Anteil der kassenspezifischen MGV im Verhältnis zur GKV-MGV (jeweils vor Bereinigung von Selektivverträgen – vgl. Anlage 1).

- g) Darüber hinaus wird ab III/2014 die MGV um einen im Zusammenhang mit den Bereinigungen unter Teil A, 5.4 b) ergebenden Differenzbetrag erhöht. Dieser errechnet sich wie folgt:

Für die Kassen ergibt sich in der Gesamtschau der aMGV-Vergütung der Leistungen nach Teil B, II. 18.) sowie der Bereinigung unter Teil A, 5.4 b) ein höherer finanzieller Aufwand. Für die Ermittlung dieses höheren finanziellen Aufwandes werden für 2014 die aMGV-Vergütung und die Bereinigungssumme aus III/2014 - IV/2014 sowie für 2015 und 2016 die jeweils aktuell entsprechenden aMGV-Vergütungen sowie die Bereinigungssumme aus III/2014 – II/2015 zugrunde gelegt. Dies gilt auch ungeachtet weiterer Kataloganpassungen. Verbleibt dieser Mehraufwand im Zeitraum III/2014 bis IV/2014 unterhalb von 812.500 EUR bzw. in den Zeiträumen I/2015 bis IV/2015 sowie I/2016 bis IV/2016 jeweils unterhalb von 1,3 Mio. EUR führt der jeweilige Differenzbetrag zwischen den genannten Beträgen und dem höheren Aufwand zu einer entsprechenden zweckgebundenen Anhebung des Vergütungsvolumens des fachärztlichen Grundbetrages zur Stützung des fachärztlichen Mehrleistungspunktwertes. Es handelt sich in den drei Zeiträumen jeweils um Einmalbeträge, wobei letzterer basiswirksam ab I/2017 die MGV erhöht. Die Differenzbeträge werden als Einmalbeträge zum nächstmöglichen Zeitpunkt über das Formblatt 3 gesondert angefordert.

Die kassenseitige Aufteilung erfolgt gemäß den entsprechenden Anteilen an der Gesamt-Bereinigungssumme der GKV aus III/2014 – II/2015 nach Teil A, 5.4.b). Dies gilt auch ungeachtet weiterer Kataloganpassungen.

Sofern die Differenzen negativ werden, wird der Katalog von Seiten der KVSH entsprechend angepasst. Die ggf. mögliche Aufnahme weiterer Leistungen in den Katalog wird im Einvernehmen mit den Vertragspartnern vorgenommen. Das gleiche gilt, wenn fachliche/rechtliche Anpassungen an den Katalog erforderlich werden.

Sollte ab In-Kraft-Treten dieser Regelung bis längstens zum 31.12.2016 außerhalb des KV-Systems ein dem AOP-Strukturvertrag (nach § 73a SGB V, gültig von I/2009 bis I/2014) vergleichbarer Selektivvertrag zu Gunsten der bisherigen Teilnehmer des AOP-Strukturvertrags mit allen oder einzelnen Krankenkassen zustande kommen, so besteht von der KVSH eine Refinanzierungszusage maximal bis zur Höhe des – ggf. anteiligen – Differenzbetrages. Die Refinanzierung kann nicht für Verträge beansprucht werden, die bereits vor dem 01.07.2014 in Kraft getreten sind. Gesetzlich vorgeschriebene Bereinigungen der MGV (wie bspw. nach § 73c SGB V, § 140a SGB V) bleiben von den oben genannten Regelungen unberührt.

Die KVSH erstellt jeweils eine kassen- und GKV-bezogene Aufstellung, aus der die Berechnung der Bereinigungsbeträge im Detail hervorgeht. Darüber hinaus wird die Darstellung der Kennzeichnung 88115 A – C in den EFN-Daten, ggf. zusätzlich in einer gesonderten Lieferung, sowie den ARZTRG87a-Daten sichergestellt. Einzelheiten zur Datenlieferung legen die Vertragspartner noch fest.

5.3 Vereinbarer Punktwert

Die Vertragspartner vereinbaren den jeweils auf Bundesebene aktuell vom BWA festgelegten Orientierungswert (OW) als Punktwert zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen. Der sich nach Punkt 5.2 ergebende Behandlungsbedarf wird mit dem jeweils vereinbarten OW multipliziert. In 2014 beträgt der vereinbarte OW zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen 10,13 Cent.

5.4 Bereinigung aufgrund Teil B, II., Nr. 18.)

Der sich nach Punkt 5.3 ergebende Betrag wird folgendermaßen reduziert:

- a) um die hausärztliche Leistungsmenge in Punkten (brutto) aus Teil B II. Nr. 18.) (AOP-Nebenleistungen laut Katalog Anlage 2 zur Honorarvereinbarung bereichseigener Ärzte bei Patienten mit Wohnort in Schleswig-Holstein gemäß Versichertenkarte) multipliziert mit dem Orientierungswert und erhöht um 0,6013%.
- b) um die fachärztliche Leistungsmenge aus Teil B II. Nr. 18.) (AOP-Nebenleistungen laut Katalog Anlage 2 zur Honorarvereinbarung bereichseigener Ärzte bei Patienten mit Wohnort in Schleswig-Holstein gemäß Versichertenkarte) multipliziert mit dem Orientierungswert, erhöht um 0,6013% sowie einer Quote von 0,90.

Die Bereinigung zu den Buchstaben a) und b) findet statt in den Quartalen III/2014 bis II/2015. Sollte im weiteren Vertragsverlauf eine Kataloganpassung der Anlage 2 stattfinden, so werden die neu in den Katalog aufgenommenen Leistungen beginnend mit der Aufnahme in den jeweils ersten vier Quartalen nach gleicher Maßgabe bereinigt.

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. § 116 b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V

Der entsprechende Beschluss des BWA wird - soweit verbindlich - von den Vertragspartnern umgesetzt. Zudem erfolgt im Falle der Verlagerung von Leistungen des §116 b in der Altfassung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung eine entsprechende Veränderung der MGV („beidseitige Bereinigung“).

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 außerhalb der MGV 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 § 73 b SGB V,
- c) Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73 c SGB V,
- d) Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß § 137 f - 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 Vakuumbiopsien (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 zuzüglich 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 (§ 87 a 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.) Operationen und stationärsersetzende Eingriffe aus dem Katalog zum AOP-Vertrag nach § 115 b SGB V in der jeweils aktuellen Fassung, einschließlich Anästhesien, soweit diese Leistungen nicht in Nr. 16.) enthalten sind. Bei Kataloganpassung sind die Leistungen zu bereinigen.
- 18.) Nebenleistungen zu Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen aus dem Katalog zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V in der jeweils aktuellen Fassung sowie Nebenleistungen zu den entsprechenden Anästhesien, gemäß dem Katalog (Anlage 2 dieser Vereinbarung) in der jeweils aktuellen

Fassung unter den dort genannten Voraussetzungen (gültig ab III/2014).
Die Abrechnung erfolgt über das Formblatt 3 unter der Kontenart 400, Kap. 85, Abschn. 2 - 4, bis zur Ebene 6.

- 19.) Betreuungsleistungen nach den GOP 16230 und 21230,
- 20.) Leistungen zur Diagnostik und Therapie von MRSA-Trägern/MRSA-Infizierten nach den GOP 86770, 86772, 86774, 86776, 86778, 86780, 86781, 86782 und 86784 (gültig bis I/2014). Ab II/2014 erfolgt die Überführung der vorgenannten GOPs in den Abschnitt 30.12 des EBM (spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA) als GOPs 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956,
- 21.) Neuropsychologische Therapie nach Abschnitt 30.11 EBM,
- 22.) Polysomnographie nach der GOP 30901,
- 23.) Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150) aller Arztgruppen,
- 24.) MRT-Angiographie (GOP 34470 bis 34492) und MRT-Mammographie (GOP 34431),
- 25.) Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 EBM sowie die GOP 04000¹, 04010², 04040 und 04230 EBM, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden. Dies gilt auch für sämtliche entsprechende Suffixe,
- 26.) Osteodensitometrische Untersuchung II (GOP 34601),
- 27.) Kapselendoskopie bei Erkrankung des Dünndarms (GOP 04528, 04529, 13425 und 13426) ab III/2014 und
- 28.) Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe (GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373) ab IV/2014.

Für die unter II. Nr. 1.) bis 28.) aufgeführten Leistungen gilt der jeweils nach dieser Vereinbarung gültige OW, soweit es sich nicht um Kostenpauschalen handelt oder in dieser Vereinbarung nichts anderes geregelt ist.

Sehen Empfehlungen der Bundesebene die außerbudgetäre Honorierung von neu in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen

¹ Im Formblatt 3 erscheinen aufgrund der Regelwerksumstellung der KVSH bzgl. der Altersklassen die folgenden GOPs: 04001 – 04005.

² Im Formblatt 3 erscheinen aufgrund der Regelwerksumstellung der KVSH bzgl. der Altersklassen die folgenden GOPs: 04011 – 04015.

menen Leistungen vor, werden diese zeitgleich durch die Vertragspartner umgesetzt. Bei bisher aus der MGV vergüteten Leistungen, für die zukünftig die außerbudgetäre Honorierung empfohlen wird, verständigen sich die Vertragspartner über die jeweilige Umsetzung zur Honorierung und Bereinigung dieser Leistungen.

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

Bei einer bundesweiten Angleichung der MGV müssen ausgedeckelte Leistungen als Ausgaben mit berücksichtigt werden.

III. Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen werden von den Krankenkassen bis einschließlich II/2014 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet:

Die Vertragspartner vereinbaren – in Fortführung der Analogie aus der Vereinbarung für das Kalenderjahr 2013 – 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 den folgenden Jahren. 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 5 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 5 die Abrechnungsvoraussetzungen aller vereinbarten förderungswürdigen Leistungen fest.

- 1.) Die Vertragspartner vereinbaren gemeinsam im KV-Bezirk der KVSH Zuschläge für die Haus- und Heimbefuche bei Patienten ab 70 Jahre oder

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

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

Zur Finanzierung dieser Stützung vereinbaren die Vertragspartner eine Gesamtsumme in Höhe von 3.750.000 EUR für das Jahr 2014. 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*	Mindestzuschlag in EUR
Chronikerziffer ohne DMP/Onkologievereinbarung	03221	90400A	2,63 EUR

Chronikerziffer mit DMP/Onkologievereinbarung	03221	90400B	1,75 EUR
Chronikerziffer ohne DMP/Onkologievereinbarung	04221	90400C	2,63 EUR
Chronikerziffer mit DMP/Onkologievereinbarung	04221	90400D	1,75 EUR
Gastroskopie	13400	90400E	8,35 EUR
Kleine Chirurgie	02301	90400F	10,00 EUR
Kleine Chirurgie	02302	90400G	10,00 EUR
Schwindeldiagnostik	09324	90400H	1,20 EUR
Schwindeldiagnostik	09325	90400I	2,62 EUR
Schwindeldiagnostik	09326	90400J	3,34 EUR
Hyposensibilisierung	30130	90400K	0,94 EUR
Hyposensibilisierung	30131	90400L	0,71 EUR
Provokation	30120	90400M	0,65 EUR
Provokation	30121	90400N	1,64 EUR
Provokation	30122	90400O	6,61 EUR
Provokation	30123	90400P	1,64 EUR
Urodynamik	08310	90400R	6,05 EUR
Urodynamik	26312	90400S	2,90 EUR
Urodynamik	26313	90400T	6,51 EUR
Prostatastanze	26341	90400U	1,87 EUR
Transfusionen	02110	90400V	2,12 EUR

Transfusionen	02111	90400W	0,85 EUR
Fallförderung bei Erbringung eines Spermioграмms	Grundpauschalen der Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie der Urologie	90401A bis 90401I	10,00 EUR

*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 6.750.000 EUR für das Jahr 2014. 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 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. 007 „Zuschläge für Haus- und Heimbesuche“ sowie 007 „Zuschläge für förderungswürdige Leistungen“.

Vorgenannte Regelungen unter Teil B, III. nebst Anlagen 5 und 6 werden ab III/2014 durch die Regelung in Teil A, 5.2. f) ersetzt. Die Zuschläge für diese Leistungen werden weiterhin im Formblatt 3 bis Ebene 6 ausgewiesen.

Teil C Nicht vorhersehbarer, überproportionaler Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs

Eine Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2014 erfolgt gemäß Beschluss des BWA vom 14.08.2013 in der 312. Sitzung sowie für die Folgejahre gemäß der jeweils aktuell verbindlichen Beschlüsse.

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 § 106 a 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 jeweilige 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 § 95 d Abs. 3 SGB V**
Honorarabschläge nach § 95 d 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. Veränderte Rahmenbedingungen durch den Gesetz- bzw. Normgeber für honorarrelevante Bereiche führen zur Aufnahme von Gesprächen unter den Vertragspartnern.

Teil E Inkrafttreten, Dauer

1. Diese Vereinbarung gilt für den Vergütungszeitraum vom 01.01.2014 bis 31.12.2016 mit Ausnahme der Regelungen in Teil A, 5.2 g) Satz 7, die ausdrücklich mit einer Wirkung über das Jahr 2016 hinaus vereinbart wurden.
2. Kommt eine Einigung über die ggf. von der KVSH gemäß Teil A, 5.2 e) Abs. 2 eingebrachten Strukturprobleme nicht zustande, besteht auf beiden Seiten ein Recht zur außerordentlichen Kündigung des Vertrages.
3. 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 23.07.14

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein


.....
(Unterschrift)




Kiel, den 12.8.2014

AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse -


.....
(Unterschrift)


Hamburg, den 4.9.2014

BKK-Landesverband NORDWEST


.....
(Unterschrift)

Lübeck, den 10.11.14

IKK Nord


.....
(Unterschrift)

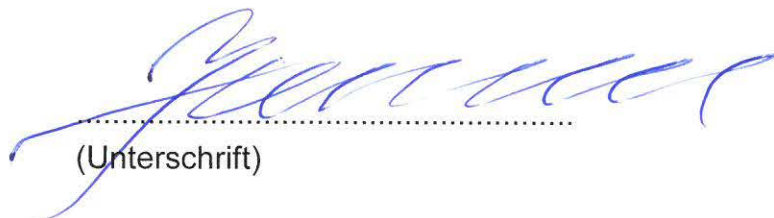
Kiel, den 03. 11. 14

SVLFG als LKK


.....
(Unterschrift)

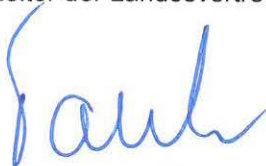
Hamburg, den

Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg


.....
(Unterschrift)

Kiel, den

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


.....
(Unterschrift)