

**Vereinbarung zur Honorierung
vertragsärztlicher Leistungen im Jahre 2010**
mit Wirkung zum 1. Juli 2010

Die

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
(nachfolgend KVSH genannt)

- einerseits -

und

die Landesverbände der Krankenkassen

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

und

die Ersatzkassen

- Barmer GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK)
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gem. § 212 Abs. 5 S.6 SGB V
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-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
ab dem 1. Juli 2010**

Inhaltsverzeichnis:

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

Anlagenverzeichnis:

Anlage 1	Ermittlung der kassenindividuellen quartalsweisen MGV
Anlage 2	Für Regelleistungsvolumen relevante Arztgruppen
Anlage 3	Aufstellung der relevanten qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

Abkürzungen:

B-BWA	Beschluss des Bewertungsausschusses und Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung vom 02.09.2009, 22.09.2009, 08./09.12.2009, 16.12.2009, 26.03.2010 und 04.05.2010
MGV	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
InBa	Institut des Bewertungsausschusses
Euro-GO	(regionale) Euro-Gebührenordnung
RLV	Regelleistungsvolumen
FKZ	Fremdkassenzahlungsausgleich
QZV	Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen

Präambel

Diese Vereinbarung passt die Vereinbarung zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen 2010 in der Fassung vom 18.12.2009 nebst der 1. Ergänzungsvereinbarung an die Beschlüsse des Bewertungsausschusses in der 218. Sitzung vom 26.03.2010 und 224. Sitzung vom 04.05.2010 an. Die hier getroffene Vereinbarung basiert ferner auf den Beschlüssen des Bewertungsausschusses sowie des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung vom 02.09.2009, 22.09.2009, 08./09.12.2009 und 16.12.2009.

Teil A Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

1. Grundsätze der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

- 1.1 Die quartalsbezogene MGV bildet sich nach dem B-BWA.
- 1.2 Leistungen außerhalb der MGV (Teil B und F 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 Sämtliche nicht verbrauchten Mittel der MGV (unter Berücksichtigung der Regelung in Teil A 1.6 dieser Vereinbarung) aus Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina einzelner Ärzte/Praxen, Rückflüsse aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder auf Grund nachgelagerter sachlich-rechnerischer Berichtigungen entsprechend Teil G Ziffer 3 (B-BWA vom 26.03.2010 bzw. Regelung innerhalb dieser Vereinbarung) fließen in eine Schleswig-Holstein spezifische Rücklage. Die KVSH informiert die Krankenkassen/-verbände über die Verwendung der Mittel durch die ergänzende Ausweisung in der Tabelle 1 der Anlage 9 zum B-BWA vom 26.03.2010, Teil F, Abschnitt III. Diese Regelung ist auf das 2. Halbjahr 2010 begrenzt.
- 1.6 Es gilt folgende Saldierungsregelung für antragsgebundene genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen (Abschnitt 35.2 EBM):
Die Honorarsummen der abgerechneten Leistungen werden quartalsweise den nach Teil C Ziffer 1.1 dieser Vereinbarung gebildeten Rückstellungen gegenübergestellt. Kumuliert über alle Quartale des Jahres 2010 erfolgt eine Schlussabrechnung. Ein sich daraus ergebender Überschuss fließt in die Schleswig-Holstein spezifische Rücklage; im Falle einer Unterdeckung besteht für die Krankenkassen eine Nachschusspflicht. Dazu werden die Honorarsummen der abgerechneten Leistungen mit den gebildeten Rückstellungen nach Teil C Ziffer 1.1 dieser Vereinbarung 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 Überschreitungen und Gesamtsumme der Nachschusspflicht. Die Abrechnung erfolgt über das Formblatt 3 (Kontenart 400 als Vorgang) und wird den betreffenden Krankenkassen zusammen mit der Auslieferung des Formblatt 3 für das erste Quartal 2011 übermittelt.

2. Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

2.1 Ermittlung der angepassten Leistungsmenge je Versicherten

Die Ermittlung der angepassten Leistungsmenge erfolgt kassenspezifisch gemäß Teil B, Ziffern 1 bis 5 des B-BWA vom 02.09.2009. Die in Teil B dieser Vereinbarung genannten Leistungen werden bei der Ermittlung des angepassten Leistungsbedarfes nicht einbezogen. Die Ermittlung der angepassten Leistungsmenge erfolgt quartalsbezogen auf der Basis der zwischen den Vertragsparteien abzustimmenden Ergebnisse auf der Grundlage der vom InBa gelieferten Satzart ARZTRG87c4 und der Versichertenzahlen gemäß Satzart ANZVER87c4 jeweils auf Basis der Daten 2008.

Die vom InBa gelieferten Daten (Satzart ARZTRG87c4) sind je Krankenkasse und Quartal um die Leistungsmenge der durch bereichseigene Ärzte abgerechneten onkologischen Betreuungspauschalen des EBM (GOP 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315), die neben den nach den jeweiligen Onkologie-Vereinbarungen vereinbarten Pauschalen je Behandlungsfall abgerechnet wurden, zu reduzieren.

Die KVSH hat den Krankenkassen/-verbänden grundsätzlich 6 Wochen vor Quartalsbeginn, erstmals für das III. Quartal 2010, die kassenspezifischen Daten (Satzart ARZTRG87c4) zur Berechnung der MGV und ggf. für weitere Berechnungen zur Abstimmung vorzulegen. Hierzu werden die Vertragspartner gemeinsam und einheitlich eine technische Richtlinie erstellen. Die kassenspezifischen Daten gemäß ARZTRG87c4 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 45 TEUR (je Quartal 22.500 Euro) begrenzt auf das 2. Halbjahr 2010 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 Vorwegabzug (Teil C Ziffer 3.2 dieser Vereinbarung) zur Vergütung der phoniatischen bzw. pädaudiologischen Leistungen nach Kapitel 20 EBM, die von den Ärzten mit der entsprechenden Facharztbezeichnung erbracht werden.

Für die Vergütung des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird die MGV um einen Betrag für das 2. Halbjahr 2010 von 150 TEUR (je Quartal 75.000 Euro) zur Qualitätsverbesserung der telefonischen Beratung in der Leitstelle angehoben und fließt zweckgebunden in den Vorwegabzug nach Teil C Ziffer 1.3 dieser Vereinbarung. Hierbei handelt es sich um Einmalzahlungen, die nicht Bestandteil der Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung im nachfolgenden Vertragszeitraum sind. Diese Regelung gilt für das 2. Halbjahr 2010 und wird bezüglich der Effektivität (Einsparungen im fahrenden Dienst) geprüft. Die Prüfung obliegt der KVSH. Das Ergebnis der Prüfung wird den Krankenkassen/-verbänden bis zum 31.10.2010 mitgeteilt.

Die Anhebung der quartalsbezogenen MGV der einzelnen Krankenkasse zur Vergütung der Phoniater und Pädaudiologen von 22.500 EUR sowie die Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes von 75.000 EUR bemisst sich nach dem Anteil der Kassen-MGV im Verhältnis zur GKV-MGV.

2.2 Vereinbarter Punktwert

Auf der Grundlage des vom B-BWA festgelegten Orientierungswertes (OW) vereinbaren die Vertragspartner gemäß § 87c Abs. 2 SGB V einen Punktwert zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen in Höhe von 3,5048 Cent.

Für Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und Geburtshilfe) erfolgt zunächst eine Umsetzung im Sinne von Teil C 3.1 des B-BWA vom 02.09.2009 (Zuschlag in Höhe von 0,2023 Cent zum OW). Der GKV-Spitzenverband hat am 23.09.09 beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg einen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz mit dem Ziel gestellt, dass die aufschiebende Wirkung der anhängigen Klage 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) angeordnet wird. Wird durch das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg die aufschiebende Wirkung des Beschlusstells C angeordnet, entfaltet diese Anordnung sofortige Wirkung auf den vorliegenden Honorarvertrag.

Ergibt sich aus dem rechtskräftigen Urteil der beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg anhängigen Klage 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.

Die KVSH wird die Honorarabrechnung der jeweils betroffenen Ärzte unter Vorbehalt stellen.

Sollte nach Rechtskraft des auf Bundesebene anhängigen Gerichtsverfahrens bezüglich Teil C 3.1 des B-BWA vom 02.09.2009 (Zuschlag zum OW) ein Rechtsanspruch auf Zahlung eines Zuschlages durch die Krankenkassen bestehen, werden die Vertragspartner eine entsprechende kostenneutrale Anpassung bzw. Umwandlung des Strukturvertrages 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.

Die Vertragspartner stellen fest, dass zum Zeitpunkt der Vertragsunterzeichnung keine Unterversorgung gemäß Teil D des B-BWA vom 02.09.2009 vorliegt.

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 ANZVER87c4) sowie
- dem nach Nr. 2.2 vereinbarten Punktwert.

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 1.6 dieser Vereinbarung ausgeschlossen und kann ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V auf der Grundlage des B-BWA Teil E vom 02.09.2009 gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V vereinbart werden.

2.4 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 2010 sind nach Abschluss des Abrechnungsjahres auf die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß Teil A Ziffer 1 dieser Vereinbarung 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 Versicherungszahlen gewichteten Behandlungsbedarfe der fusionierenden Krankenkassen gemäß Teil A, Ziffer 2.1 dieser Vereinbarung berechnet wird.

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) Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe [Leistungen des Abschnitts 8.4]),
- d) Leistungen des Kapitels 31 sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,
- e) Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 EBM und die GOP 32880 bis 32882 des Abschnitts 32.2.8 EBM,
- f) Durchführung von Vakuumstanzbiopsien (GOP 01759),
- g) Strahlentherapie (GOP 25210 bis 25342),
- h) Phototherapeutische Keratektomie (GOP 31362, 31734, 31735 und 40680),
- i) 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, 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.
- j) Dialysesachkosten (GOP 40800 bis 40802),
- k) 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 d enthalten sind,
- l) Belegärztliche Begleitleistungen,

- m) Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nach der GOP 13622 einschl. der Sachkosten,
- n) Kostenpauschalen nach den GOP 40860 und 40862 zur Erstattung des bes. Aufwandes im Rahmen der Verordnung der spezialisierten amb. Palliativversorgung (SAPV),
- o) Betreuungsleistungen nach den GOP 16230 und 21230,
- p) Besuche in Pflegeheimen nach SGB XI außerhalb des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (EBM Abschnitt 1.4 plus Kennzeichen „H“),
- q) Kostenpauschalen für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V nach den GOP 40870 und 40872,
- r) Leistungen zur spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922 und 30924,
- s) Kostenpauschalen im Zusammenhang mit der Verordnung besonderer Arzneimitteltherapie nach den GOP 40865 bis 40868,
- t) Nukleinsäurenachweis von Influenza H1N1 nach der GOP 88740 sowie der Influenza Schnelltest nach der GOP 88741,
- u) Substitutionsbehandlung nach den GOP 01950 bis 01952 (§ 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 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.

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 (HA/FA)

Die KVSH kalkuliert die nachfolgende Rückstellung und den nachfolgenden Vorwegabzug und ermittelt deren Höhe. Das Ergebnis und die Grundlagen der Ermittlung stellt die KVSH den Krankenkassen/-verbänden in übersichtlicher und nachvollziehbarer Form als Schriftsatz spätestens zum 1. des ersten Monats des jeweiligen Abrechnungsquartals zur Verfügung. Abweichend hiervon wird der Schriftsatz für das III. Quartal 2010 spätestens zum 01.08.2010 von der KVSH zur Verfügung gestellt. Sollten zusätzliche Informationen erforderlich sein, übermittelt die KVSH diese den Krankenkassen/-verbänden.

1.1 Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen

Die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten der in §87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen werden aus dem Vergütungsanteil gemäß B-BWA vom 26.03.2010, Teil F, Anlage 4, Anhang 1, Schritt 17. mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, wobei für die in 4.1 genannten Arztgruppen, bei denen diese Leistungen der Steuerung durch die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen, nur die Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze gemäß 4.2.1 zu berücksichtigen sind (B-BWA vom 26.03.2010, Teil F, Abschnitt I, Ziffer 2.4). Es gilt Teil A, Ziffer 1.6 dieser Vereinbarung.

Als Ausgangsbasis gelten die 87c4-Daten Leistungsabschnitt A 5 des Bewertungsausschusses für das Jahr 2008, angepasst um die entsprechenden Faktoren gemäß Beschlusslage. Für den Anpassungsfaktor gem. Teil H B-BWA 02.09.09 gilt, dass sich abweichend vom Beschluss Teil H B-BWA 02.09.09 der errechnete Behandlungsbedarf je Versicherten um 0,1 v. H. zur Deckung von Mehrausgaben der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM erhöht. Nicht abgeforderte Mittel aus der Erhöhung um 0,1 v.H. werden dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeführt. Der verbleibende Teil der Anpassung von 0,0722 v.H. (0,1722 v.H. abzgl. 0,1 v.H.) verbleibt den Krankenkassen, da die Nachschusspflicht gemäß Teil A 1.6 dieser Vereinbarung einen Teil der vom Bewertungsausschuss intendierten Effekte abdeckt.

1.2 Vergütung und Steuerung der Labor-Konsiliar- und Grundpauschale (Gebührenordnungsposition 12210 und 12220), der Grundpauschale für die Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320) sowie laboratoriumsmedizinischer Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM (B-BWA vom 26.03.2010, Teil F, Abschnitt I, 2.5.1)

Die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen (GOP 12210 und 12220), der Grundpauschale für zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320) sowie Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß B-BWA vom 26.03.2010, Teil F, Anlage 4, Anhang 1, Schritt 18 vergütet. Eine Über-/Unterdeckung wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt berücksichtigt.

Die Gebührenordnungsposition 32001 für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 wird immer zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Eine Über-/Unterdeckung wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt berücksichtigt.

1.3 Vergütung und Steuerung von Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser (B-BWA vom 26.03.2010, Teil F, Abschnitt I, 2.5.2)

Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß B-BWA vom 26.03.2010, Teil F, Anlage 4, Anhang 1, Schritt 19. vergütet.

Für die Vergütung des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes von Krankenhausnotfällen, Notfällen von Ermächtigten und Nicht-Kassenärzten wird ein Vorwegabzug in Höhe von jährlich 12,0 Mio. Euro aus dem hausärztlichen und jährlich 10,4 Mio. Euro aus dem fachärztlichen Vergütungsanteil zuzüglich des unter Teil A Ziffer 2.1 dieser Vereinbarung genannten Betrages gebildet. Diese Vorwegabzüge werden anschließend zusammengefasst und stehen zur Finanzierung des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes zur Verfügung.

2. Trennung der Gesamtvergütung in einen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich

2.1 Die um die in Nr. 1 gebildeten Rückstellungen und Vorwegabzüge auf der Basis 2007 nach Anwendung der B-BWA reduzierte kassenübergreifende MGV wird auf die Versorgungsbereiche Hausarzt und Facharzt aufgeteilt gemäß B-BWA vom 26.03.2010, Teil F, Anlage 4, Anhang 1.

2.2 Bereinigung im Zusammenhang mit Selektivverträgen

Werden Leistungen die in der MGV enthalten sind, im Rahmen von Selektivverträgen außerhalb dieser Honorarvereinbarung abgerechnet, sind diese in der entsprechenden Höhe im entsprechenden Versorgungsbereich zu bereinigen. Näheres hierzu wird mit den jeweiligen Krankenkassen/-verbänden in gesonderten Verträgen vereinbart.

3. Regelungen innerhalb der Versorgungsbereiche

Die Bildung der Rückstellungen und Vorwegabzüge sowie ihre Auflösung bzw. Rückführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt quartalsweise versorgungsbereichsspezifisch durch die KVSH.

Das Ergebnis und die Grundlagen der Ermittlung stellt die KVSH den Krankenkassen/-verbänden in übersichtlicher und nachvollziehbarer Form als Schriftsatz zeitgleich zum Versand der RLV/QZV-Mitteilungen an die Ärzte für das jeweilige Abrechnungsquartal zur Verfügung. Ergänzende Informationen übermittelt die KVSH den Krankenkassen/-verbänden auf Anforderung.

Das Einvernehmen mit den Krankenkassen/-verbänden gilt als erteilt, wenn diese nicht innerhalb von 14 Tagen nach Zugang des vorgenannten Schriftsatzes gemeinsam und einheitlich widersprechen. § 211 a SGB V gilt.

Die KVSH stellt die Krankenkassen/-verbände von der Haftung für jegliche Auswirkungen der Bildung der Rückstellungen und Vorwegabzüge sowie ihre Auflösung bzw. Rückführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung durch diesen Vertrag frei und haftet Dritten gegenüber für hieraus erwachsene Ansprüche vollumfänglich selbst. Eine Nachschusspflicht der Krankenkassen/-verbände zur morbiditätsorientierten Gesamtvergütung besteht mit Ausnahme der Regelung in Teil A, Ziffer 1.6 dieser Vereinbarung nicht.

3.1 Für den jeweiligen Versorgungsbereich wird gemäß B-BWA vom 26.3.2010, Teil F, Abschnitt I, Punkt 3.1.2 als weitere Ausgangsgröße das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen gebildet:

- unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,

- unter Abzug der durch die Partner der Gesamtverträge festgesetzten Rückstellungen entsprechend Teil G des B-BWA vom 26.03.2010.
Die arztbezogenen Bereinigungsvolumina werden für versorgungsbereichsbezogene Ausgleichsmaßnahmen von Honorarverteilungsrisiken, die vor Eintritt des Arztes in einen Selektivvertrag entstanden sind, zur Berechnung anteilig herangezogen.
- unter Abzug der Vergütung für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen,
- unter Abzug der Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM,
- unter Abzug der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
- unter Abzug von 2% des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens für abgestaffelt zu vergütende Leistungen,
- unter Abzug des im B-BWA vom 26.03.2010, Teil F, Abschnitt I, Ziffer 5 vereinbarten Vergütungsvolumens sowie
- unter Abzug der Honorierung von Ärzten während der Wachstumsphase nach Teil D Ziffer 4.2 dieser Vereinbarung. Die Rückstellungen werden in Höhe des Vorjahresquartals vorgenommen.

3.2 Zusätzlich wird im fachärztlichen Versorgungsbereich ein Vorwegabzug gebildet für:

- die Fachärzte der Phoniatrie und Pädaudiologie (Leistungen nach Kap. 20 EBM). Für die Honorierung dieser Leistungen nach Kapitel 20 EBM durch Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie (s. Teil A, Ziffer 2.1 dieser Vereinbarung; Arztgruppe nach **Anlage 2** dieser Vereinbarung) wird ein Vorwegabzug gebildet. Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt nach dem OW in Höhe von 3,5048 Cent. Die Höhe des Vorwegabzugs errechnet sich aus dem bisher abgerechneten Leistungsvolumen (Teil A, Ziffer 2.1) sowie der zweckgebunden Aufstockung der MGV (Teil A, Ziffer 2.1). Diese Regelung gilt unverändert für den gesamten Vereinbarungszeitraum und zwar unabhängig von einer veränderten Beschlusslage auf Bundesebene zur Honorarverteilung (z. B. aufgrund der angekündigten Änderungen im B-BWA vom 26.03.2010, Teil F, Abschnitt IV).
- die zu erwartenden Zahlungen für nicht in Anlage 2 dieser Vereinbarung genannten Arztgruppen sowie für die Arztgruppen in Ziffer 4.1 des B-BWA

vom 26.3.2010, Teil F, Abschnitt I. Hierunter fallen nicht die Leistungen der teilermächtigten Ärzte, ermächtigten Krankenhäusern, Einrichtungen oder Institutionen.

Das verbleibende Vergütungsvolumen geht in die Bildung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina nach Teil D dieser Vereinbarung ein.

3.3 Haftung der Krankenkassen im Zusammenhang mit der Bildung der Vorwegabzüge und Rückstellungen

Die Krankenkassen haften nicht für Unterdeckungen in den von der KVSH verantworteten Vorwegabzügen und Rückstellungen.

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

1. Grundsatz der Vergütung ärztlicher Leistungen

Die Verantwortung bei der Ermittlung/Verteilung der RLV und QZV liegt bei der KVSH. Die KVSH wird ferner Verfahren bei verschiedenen Sonderkonstellationen (z.B. bei kleinen Arztgruppen, Ärzten in der Wachstumsphase, Praxisbesonderheiten und Härtefällen etc.) entwickeln.

Die finanziellen Auswirkungen der Entscheidungen der KVSH sind aus den jeweiligen Rückstellungen zu begleichen und bei der Festsetzung der Höhe der Rückstellung für die Folgequartale zu berücksichtigen. Eine Über- oder Unterdeckung wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt berücksichtigt. Die folgenden Regelungen begründen keine Nachschusspflicht der Krankenkassen.

1.1 Berechnung RLV/QZV

Die RLV/QZV berechnen sich nach den Vorgaben des B-BWA vom 26.03.2010 in Teil F nebst Anlagen und Anhänge 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 Berufsausübungsformen zwischen zugelassenen und angestellten Ärzten, einschl. Psychotherapeuten sowie Ermächtigungen. Durchschnittsfallzahlen der Arztgruppen basieren auf den Daten des jeweiligen Vorjahresquartals.

1.2 Regelleistungsvolumen-relevante Arztgruppen

Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 2 und 3 SGB V werden für Ärzte der in Anlage 2 dieser Vereinbarung genannten Arztgruppen ermittelt und festgesetzt. Ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen erhalten ebenfalls ein RLV entsprechend ihres Versorgungsauftrages.

Bei der Berechnung des arztgruppenspezifischen Anteils am RLV-Verteilungsvolumen eines Versorgungsbereiches wird bei einer Arztlzahlveränderung um mehr als 10% zwischen den entsprechenden Quartalen in 2008 und 2009 der RLV/QZV-relevante Leistungsbedarf in Punkten des Jahres 2009 zugrunde gelegt. Die Anpassungsfaktoren gemäß B-BWA vom 26.03.2010, Teil F, Anlage 5, Ziffer 2 finden in diesen Fällen keine Anwendung.

2. Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b SGB V Abs. 2 und 3 SGB V für die in Anlage 2 dieser Vereinbarung genannten Arztgruppen

- 2.1 Die Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen werden von den Partnern der Gesamtverträge nach Maßgabe der Ziffern 2 und 3 des B-BWA vom 26.03.2010, Teil F, Abschnitt I für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt. Der Bezug erfolgt auf das Quartal unmittelbar (B-BWA vom 26.03.2010, Teil F, Abschnitt I, Ziffer 1.2.1).
- 2.2 Für Vertragsärzte, die mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, gilt grundsätzlich der Tätigkeitsschwerpunkt, um die Höhe der zutreffenden RLV und ggf. QZV zu bestimmen (B-BWA vom 26.03.2010, Teil F, Abschnitt I, Ziffer 1.2.2). Die Vertragspartner haben die in Anlage 3 aufgelisteten qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen vereinbart.
- 2.3 Zur Bestimmung der RLV-Fallzahl wird als Bezugspunkt das jeweilige Vorjahresquartal vereinbart (B-BWA vom 26.03.2010, Teil F, Abschnitt I, Ziffer 1.2.1).
- 2.4 Die Partner der Gesamtverträge haben abweichend von der Vorgabe eines für alle berechtigten Ärzte einheitlichen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen eine Differenzierung in Gruppen von Ärzten mit unterschiedlich hohem Leistungsbedarf in 2008 der in einem qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen enthaltenen Leistungen oder gemäß § 136 Abs. 4 SGB V vorgenommen (B-BWA vom 26.03.2010, Teil F, Abschnitt I, Ziffer 3.3).
- 2.5 Beim Verfahren zur Umsetzung der Berechnung der QZV gilt der Leistungsfall (B-BWA vom 26.03.2010, Teil F i.V.m. Anlage 8 des Beschlusses). Zur Berechnung der QZV wird als Bezugspunkt die arztindividuelle Leistungsfallzahl des Vorjahresquartals vereinbart (B-BWA vom 26.03.2010, Teil F, Abschnitt I, Ziffer 1.2.1).

- 2.6 Der Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten wird sowohl für das Regelleistungsvolumen als auch für die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina gewährt, die mindestens eine Leistung beinhalten, die vor dem 01.07.2010 RLV-Leistungen waren.
- 2.7 Vollermächtigte Ärzte werden wie niedergelassene Vertragsärzte in dieser Vereinbarung eingestuft. Die folgende Regelung unter Punkt 3 dieser Vereinbarung für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen findet daher keine Anwendung. Um eine Vollermächtigung handelt es sich im Sinne dieser Honorarvereinbarung, wenn der Ermächtigungsumfang dem Leistungsspektrum eines niedergelassenen Vertragsarztes entspricht und keine über die in § 13 Abs. 4 BMV/Ä bzw. § 7 Abs. 4 EKV genannten Regelungen hinaus beinhaltet.
- 2.8 Für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen finden die Regelungen unter Punkt 2 keine Anwendung. Stattdessen gelten die folgenden Regelungen unter Punkt 3 dieser Vereinbarung.
- 3. Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b SGB V Abs. 2 und 3 SGB V für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen**
- 3.1 Teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen erhalten ein Regelleistungsvolumen nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag (B-BWA vom 26.03.2010, Teil F, Abschnitt I, Ziffer 2.1). Es erfolgt keine Differenzierung in RLV und QZV.
- 3.2 Das Regelleistungsvolumen für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen ergibt sich aus der Multiplikation des individuellen Fallwerts des Vorjahresquartals mit der entsprechenden Fallzahl des Vorjahresquartals. Die individuellen Fallwerte werden entsprechend des RLV-Verteilungsvolumens der in Satz 1 genannten Ärzte, Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen angepasst.
- 3.3 Die Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens werden nach der Euro-Gebührenordnung vergütet. Wird die Höhe des zugewiesenen Regelleistungsvolumens überschritten, erfolgt die Vergütung der über das Regelleistungsvolumen hinausgehenden Leistungen mit abgestaffelten Preisen. Die abgestaffelte Vergütung wird gemäß Anlage 1 des B-BWA vom 26.03.2010 ermittelt.
- 3.4 Für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen werden entgegen der Regelung in Teil D, Ziffer 2.6 dieser Vereinbarung keine Aufschläge für Berufsausübungsgemeinschaften gewährt.

- 3.5 Im Fall der Ermächtigungsänderung hinsichtlich Umfang und/oder Inhalt können auf Antrag der teilermächtigten Ärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen im Einzelfall Sonderregelungen gewährt werden.

4. Sonderregelungen (Wachstumspraxen, Praxisbesonderheiten etc.)

Die KVSH definiert einen Vorschlag zur Durchführung der Verfahren zu kleinen Arztgruppen, Wachstumsregelungen, Veränderung von Praxisstrukturen, Praxisbesonderheiten, Härtefällen, Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten und Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung. Das Ergebnis und die Grundlagen der Ermittlung stellt die KVSH den Krankenkassen/-verbänden in übersichtlicher und nachvollziehbarer Form als Schriftsatz spätestens zum 1. des ersten Monats des jeweiligen Abrechnungsquartals zur Verfügung. Abweichend hiervon wird der Schriftsatz für das III. Quartal 2010 spätestens zum 01.08.2010 von der KVSH zur Verfügung gestellt. Ergänzende Informationen übermittelt die KVSH den Krankenkassen/-verbänden auf Anforderung.

Die finanziellen Auswirkungen der Entscheidungen der KVSH sind aus den jeweiligen Rückstellungen zu begleichen und bei der Festsetzung der Höhe der Rückstellung für die Folgequartale zu berücksichtigen. Eine Über- oder Unterdeckung wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt berücksichtigt. Eine Nachschusspflicht der Krankenkassen entsteht daraus nicht.

Nachfolgend werden folgende landesspezifische Regelungen getroffen:

4.1 Neupraxen und Ärzte in der Wachstumsphase

- 4.1.1 Wachstumsärzte sind Ärzte, deren Vorjahresquartal für die Bildung von RLV und QZV innerhalb der ersten 16 Quartale nach Niederlassung liegt. Sie erhalten ein auf Basis ihres Vorjahresquartals gebildetes RLV/QZV gemäß Teil D, Ziffer 2 dieser Vereinbarung.

Liegt dieses unterhalb des entsprechenden Arztgruppendurchschnitts, wird es auf den 1,5-fachen RLV/QZV-Fallwert der Arztgruppe, multipliziert mit der individuellen RLV-Fallzahl des aktuellen Abrechnungsquartals, maximal jedoch auf das arztbezogene durchschnittliche Honorar über den RLV- und QZV-Vergütungsbereich der Arztgruppe erhöht.

- 4.1.2 Ärzte, die im Vorjahresquartal noch nicht niedergelassen waren (Neupraxen), erhalten ein durchschnittliches Gesamtvolumen über RLV und QZV ihrer Arztgruppe.

Liegt das individuelle RLV/QZV des aktuellen Abrechnungsquartals unterhalb des entsprechenden Arztgruppendurchschnitts, so findet die vorgenannte Regelung unter Punkt 4.1.1 Anwendung.

- 4.1.3. Solange das Vorjahresquartal innerhalb der Wachstumsphase (20 Quartale nach Niederlassung) liegt, finden die Regelungen unter Punkt 4.1.1 dieser Vereinbarung Anwendung.
- 4.1.4 Nach Ablauf von 24 Quartalen nach Niederlassung werden die RLV/QZV nach Maßgabe des Teils D, Ziffer 2 dieser Vereinbarung ermittelt.
- 4.1.5 Für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen finden die vorgenannten Regelungen unter Punkt 4.1 keine Anwendung. Es gelten stattdessen die Vorschriften unter Teil D, Punkt 3 dieser Vereinbarung.

4.2 Sonderregelungen für Veränderungen der Praxisstrukturen

- 4.2.1 Mit Übernahme eines Praxissitzes nach § 103 Abs. 4 SGB V wird dem Praxisübernehmer die zur Berechnung des RLV/QZV maßgebliche Fallzahl des Vorgängers übertragen, sofern die Praxis in einem Umkreis von höchstens 500 m fortgeführt wird. Die Übernahme der QZV-Leistungsfälle erfolgt jedoch nur bei Vorlage der entsprechenden Genehmigung. Ist dieses RLV/QZV unterdurchschnittlich, so gilt die Regelung unter Punkt 4.1 dieser Vereinbarung.
- 4.2.2 Bei Berufsausübungsgemeinschaften tritt bei Eintritt eines in der Wachstumsphase befindlichen Arztes neben bestehender RLV/QZV der einzelnen Partner der Praxis die Regelung nach Punkt 4.1 hinzu, so dass sich insgesamt eine Obergrenze für die Berufsausübungsgemeinschaft ergibt.
- 4.2.3 Sofern ein Arzt mit Vorjahresquartal in der Wachstumsphase eine Berufsausübungsgemeinschaft oder ein MVZ verlässt, erhält er sein nach Punkt 4.1.1, Satz 2 oder 3 gebildetes RLV/QZV. Die RLV/QZV der verbleibenden Ärzte in der Berufsausübungsgemeinschaft oder in dem MVZ werden entsprechend angepasst; erstmalig für das Quartal III/2011.
- 4.2.4 Scheiden andere Partner aus der Berufsausübungsgemeinschaft aus, so werden die RLV/QZV nach B-BWA ohne Berücksichtigung des neuen Partners den entstehenden Praxen zugeordnet.
- 4.2.5 Bei Rückgabe der Zulassung eines Praxispartners ohne Nachfolger bleibt das RLV/QZV einer Berufsausübungsgemeinschaft insgesamt erhalten. Bei ortsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften gilt dies nur dann, wenn die Praxissitze im Umkreis von 500 m bestanden.
- 4.2.6 In begründeten Fällen kann der Vorstand auf Antrag aus Sicherstellungsgründen das RLV/QZV der Praxis neu festlegen, wenn besondere Umstände des Einzelfalles vorliegen. Hierzu zählen insbesondere dauerhafte Veränderungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Umfeld der Praxis.

4.3 Praxisbesonderheiten, Härtefälle, Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten, Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung

4.3.1 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 entsprechenden Quartal des Jahres 2008 gefallen ist und die Einbuße auf einer Inhomogenität gegenüber der RLV-Gruppenbildung beruht. Zur Überprüfung eines Gesamthonorarverlustes von 15% hat der antragstellende Arzt/ die antragstellende Praxis der KVSH entsprechende Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

4.3.2 Der Arzt kann für Praxisbesonderheiten Zuschläge auf den durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe beantragen. Der Antrag soll die Leistungen unter Angabe der EBM-Gebührennummern benennen, in denen sich die Praxisbesonderheit ausdrückt. Praxisbesonderheiten können sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen RLV-Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30% vorliegt.

Für das Vorliegen einer Praxisbesonderheit im Zusammenhang mit nicht gebildeten qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen ist eine Überschreitung des durchschnittlichen QZV-Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30% nicht erforderlich. Bei der Beurteilung von Praxisbesonderheiten im Bereich der QZV erfolgt stattdessen eine gesonderte Betrachtung im Einzelfall.

4.3.3 Verringert sich das Gesamthonorar einer Arztpraxis um mehr als 15 % gegenüber dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008, können befristete Ausgleichszahlungen an die Arztpraxis geleistet werden, sofern die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den sogenannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben (siehe 4.3.1).

4.3.4 Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung können Leistungen über das arzt-/ praxisbezogene Regelleistungsvolumen hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden, bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund

- urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
- urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis

- eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat. Hierzu zählt z. B. Krankheit des Arztes.

4.3.5 Für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen finden die vorgenannten Regelungen unter Punkt 4.3 keine Anwendung. Es werden stattdessen die Vorschriften unter Teil D, Punkt 3 dieser Vereinbarung angewandt.

5. Bereinigung im Zusammenhang mit Selektivverträgen

Werden Leistungen, die in den RLV/QZV enthalten sind, im Rahmen von Selektivverträgen außerhalb dieser Honorarvereinbarung abgerechnet, sind diese in der entsprechenden Höhe im entsprechenden Versorgungsbereich zu bereinigen. Näheres hierzu wird zwischen den Partnern der Gesamtverträge einheitlich und gemeinsam in einem gesonderten Vertrag vereinbart.

Teil E Durchführung der Verteilung, Vergütungsregelungen

1. Vergütung gegenüber dem Arzt

- 1.1 Leistungen außerhalb der MGV werden entsprechend Teil B dieser Vereinbarung vergütet.
- 1.2 Für Gruppen, für die kein RLV oder keine zeitbezogene Kapazitätsgrenze vorgesehen ist, wird die sachlich/rechnerisch anerkannte Leistungsmenge nach der Euro-GO vergütet.
- 1.3 Leistungen aus Vorwegabzügen nach Teil C 3.1 und 3.2 dieser Vereinbarung werden nach der Euro-GO vergütet.
- 1.4 Leistungen innerhalb der RLV und innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina werden nach der Euro-GO vergütet. Darüber hinausgehende Leistungen werden quotiert vergütet. Die Quote ermittelt sich aus der Gegenüberstellung des 2%igen Vorwegabzuges unter C 3.1 dieser Vereinbarung und der daraus zu vergütenden Leistungsmenge.
- 1.5 Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen werden nach der Euro-GO vergütet. Darüber hinausgehende Leistungen (maximal bis zum 1,5-fachen Grenzwert) werden mit der Quote aus Absatz 1.4 vergütet.

2. Regelung im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst (Notdienst)

Für die Vergütung der Notfalleistungen 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.

- 2.1 Von den zur Verfügung stehenden Mitteln nach Teil C Ziffer 1.3 dieser Vereinbarung erfolgt ein Vorwegabzug von 2,5% für ergänzende oder anpassende Strukturmaßnahmen zur Sicherstellung.
- 2.2 Die KVSH stellt die für die Finanzierung der Kosten der Gesamtorganisation einschl. der Anlaufpraxen (ggf. einschl. der Nachtbereitschaft in Anlaufpraxen) notwendigen Mittel aus der Vorwegvergütung nach Teil C Ziffer 1.3 dieser Vereinbarung) dieser Vereinbarung in den Fonds zur Finanzierung der Gemeinschaftsaufgaben und Sicherstellungsmaßnahmen ein.
- 2.3 Notfalleistungen durch Nichtvertragsärzte werden auf Basis der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Gleiches gilt für Notfalleistungen von Krankenhäusern oder durch ermächtigte Ärzte. Bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern ist die Vergütung für die durch das Krankenhaus oder durch ermächtigte Krankenhausärzte erbrachten Notfalleistungen – im Sinne des § 120 Abs. 3 Satz 2 - um einen Abschlag von 10% zu kürzen.
- 2.4 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. Die Krankenkassen werden entsprechend über die Modellprojekte informiert.
- 2.5 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.
- 2.6 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 4,2 % des Betrages aus Teil C Ziffer 1.3 Absatz 2 dieser Vereinbarung.

gebildet. Abweichend von Ziffer 2.2 sind in diesem Betrag die Strukturkosten der Anlaufpraxen enthalten. Für die ärztlichen Dienste wird ein Mindeststundensatz in Höhe von 50 Euro vergütet.

- 2.7 Für eine Verstärkung in Spitzenzeiten strukturell vorgesehene Hintergrunddienste an Wochenenden und Feiertagen werden pauschal mit 100 Euro vergütet.
- 2.8 Jahresübergreifende Ausgleichsmaßnahmen zur Kompensation saisonaler Schwankungen sind möglich.

3. Regelung außerhalb des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes (Notdienst)

Notfallbehandlungen (nach Muster 19 A) außerhalb des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes unterliegen der Vergütung innerhalb der MGV, sofern es sich nicht um Leistungen außerhalb der MGV handelt.

Teil F Nicht vorhersehbarer, überproportionaler Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs

Die Ermittlung des nicht vorhersehbaren, überproportionalen Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs erfolgt entsprechend Teil E des B-BWA vom 02.09.2009.

Der mit der Nummer 88200 gekennzeichneten Leistungsbedarf, betreffend kurative Leistungen im Zusammenhang mit der Influenza A/H1N1, welcher über die Leistungen nach Teil B Buchstabe t) hinaus geht, wird von den Krankenkassen als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes außerhalb der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Dabei handelt es sich gem. Beschluss Teil E des E-BWA vom 27./28.08.2008 und 02.09.2009 um Einmalzahlungen, die nicht Bestandteil der Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung im nachfolgenden Vertragszeitraum sind.

In diesen Fällen erfolgt die konkrete Kennzeichnung der einzelnen GOP nach Maßgabe der ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Schleswig-Holstein. Im Formblatt 3 sind diese Leistungen bis zur 6. Ebene in einem gesonderten Abschnitt (Influenza A/H1N1) unter Konto 400, Kapitel 80 auszuweisen. Die so gekennzeichneten Leistungen werden innerhalb der sachlich rechnerischen Prüfung der KVSH unter Beachtung der entsprechend gesicherten Diagnose auf Plausibilität geprüft.

Teil G Verschiedenes

1. 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.

2. 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.

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

Rückflüsse aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder auf Grund nachgelagerter sachlich-rechnerischer Berichtigungen fließen in die Schleswig-Holstein spezifische Rücklage nach Teil A 1.5, soweit sie aus dem Leistungsbereich der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung stammen. Handelt es sich um Leistungen außerhalb der MGV, erhält die jeweilige Krankenkasse die Rückvergütung.

4. 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.

5. 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 das Jahr 2010 Anwendung finden und lassen eine Entscheidung des LSG Schleswig-Holstein gegen sich gelten.

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.

7. Haftungsausschluss

Die KVSH stellt die übrigen Vertragsparteien von der Haftung für jegliche Auswirkungen der Änderung der ärztlichen Honorarverteilung durch diesen Vertrag frei und haftet für aus dieser Veränderung ggf. erwachsene Ansprüchen Dritter vollumfänglich selbst. Eine Nachschusspflicht zur morbiditätsorientierten Gesamtvergütung kann sich aufgrund von Auswirkungen vorgenannter Veränderungen nicht ergeben.

Teil H Inkrafttreten, Dauer

1. Diese Vereinbarung gilt für den Vergütungszeitraum vom 01.07.2010 bis 31.12.2010. Die Vereinbarung zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2010 vom 18.12.2009 wird für diesen Zeitraum durch die hier getroffene Vereinbarung ersetzt.
2. Die 1. Ergänzungsvereinbarung zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2010 vom 18.12.2009 gilt auch für das 2. Halbjahr 2010 fort.
3. Diese Vereinbarung steht unter dem Vorbehalt der aufsichtsrechtlichen Nichtbeanstandung (§ 71 Abs. 4 SGB V).

Bad Segeberg, den.....Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein



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

Kiel, den AOK Schleswig-Holstein - Die Gesundheitskasse -

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

Hamburg, den..... BKK-Landesverband NORD

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

Schwerin, den IKK-Landesverband Nord *in Vertretung des IKK-Landesverbandes Nord*

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

Kiel, den..... Landwirtschaftliche Krankenkasse Schleswig-Holstein/Hamburg

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

Hamburg, den..... Knappschaft Regionaldirektion Hamburg

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

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

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