

Vereinbarung zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahre 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 Ersatzkasse
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK)
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- Gmünder Ersatzkasse (GEK)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- Hamburg Münchener 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 im Jahre 2010

Inhaltsverzeichnis:

Teil A	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)
Teil B	Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Einzelleistungen/Pauschalen
Teil C	Vergütungsrelevante Aufteilung der MGV
Teil D	Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Absatz 2 und 3 SGB V
Teil E	Durchführung der Verteilung, Vergütungsregelung
Teil F	Nicht vorhersehbarer Anstieg des 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 nicht in den GKV-Umsatz einzubeziehenden Leistungen

Definitionen:

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 und 16.12.2009
MGV	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
InBa	Institut des Bewertungsausschusses
Euro-GO	(regionale) Euro-Gebührenordnung
RLV	Regelleistungsvolumen
FKZ	Fremdkassenzahlungsausgleich

Präambel

Diese Vereinbarung basiert 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 einzelner Ärzte/Praxen, Rückflüsse aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder auf Grund nachgelagerter sachlich-rechnerischer Berichtigungen entsprechend Teil G Ziffer 3 (B-BWA bzw. Regelung innerhalb dieser Vereinbarung) fließen in eine Schleswig-Holstein spezifische Rücklage. Die KV SH informiert die Krankenkassen/-verbände über die Verwendung der Mittel durch die ergänzende Ausweisung in der Tabelle 1 der Anlage 3 zum Beschlussteil F Abschnitt III. Diese Regelung ist auf das Jahr 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 1.2 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 1.2 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. 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, 13345, 13675, 15345 und 26315), die neben den nach den jeweiligen Onkologievereinbarungen vereinbarten Pauschalen je Behandlungsfall abgerechnet wurden, zu reduzieren.

Die KV SH hat den Krankenkassen/-verbänden grundsätzlich 6 Wochen vor Quartalsbeginn, erstmals für das II. 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 KV SH 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 90 TEUR (je Quartal 22.500 Euro) begrenzt auf das Jahr 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 3.3 dieser Vereinbarung) zur Vergütung der phoniatischen bzw. pädaudiologischen Leistungen nach Kapitel 20 EBM, die von den Praxen mit der entsprechenden Facharztbezeichnung erbracht werden.

Für die Vergütung des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird die MGV um einen Betrag von 300 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 3.1a) 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 Jahr 2010 und wird bezüglich der Effektivität (Einsparungen im fahrenden Dienst) geprüft. Die Prüfung obliegt der KV SH. Das Ergebnis der Prüfung wird den Krankenkassen/-verbänden bis zum 31.10.2010 mitgeteilt.

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 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 Beschlusstteils 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 KV SH 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 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 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 1.6 ausgeschlossen und kann ausschließlich durch einen unvorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfes gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V auf der Grundlage des Beschlusses des B-BWA Teil E) gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V vereinbart werden.

2.4 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 Punkt 1 anzurechnen. Die konkrete Umsetzung zu § 53 Abs. 4 SGB V erfolgt bilateral zwischen der KVSH und der jeweiligen Krankenkasse.

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

3.1 Fusionen von Krankenkassen

Für den Fall von Kassenfusionen vereinbaren die Vertragspartner, dass der Behandlungsbedarf für die neu gebildete Krankenkasse auf der Basis der nach Versichertenzahlen gewichteten Behandlungsbedarfe der fusionierenden Krankenkassen gem. Ziffer 2.1 berechnet wird.

3.2 Neugründungen von Krankenkassen

Bei Neugründungen von Krankenkassen wird die MGV auf der Basis des durchschnittlichen Behandlungsbedarfs gem. Ziffer 2.1 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),
- 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 und 33090X),
- 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) Nukleinsäurennachweis 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 OPW 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 I. Quartal 2010 spätestens zum 01.02.2010 von der KVSH zur Verfügung gestellt. Sollten zusätzliche Informationen erforderlich sein, übermittelt die KVSH diese den Krankenkassen/-verbänden.

1.1 Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ)

Für zu erwartende Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V wird ein Vorwegabzug gebildet. Eine Über- oder Unterdeckung wird jeweils zum nächstmöglichen Zeitpunkt berücksichtigt und der Vorwegabzug ggf. angepasst. Die abgerechneten Leistungen im Rahmen des FKZ sind Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und aus dieser zu begleichen. Eine gesonderte Nachschussverpflichtung für Leistungen innerhalb der MGV seitens der Krankenkassen besteht nicht.

1.2 Antragsgebundene Psychotherapie

Für die Leistungen der antragsgebundenen Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM) wird eine Rückstellung nach Beschluss Teil F Ziffer 3.1 abzüglich eines Anteils für FKZ-Fälle gebildet.

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.

2. Trennung der Gesamtvergütung in einen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich

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 Regelung auf Bundesebene). Die EBM-Auswirkungen sind nach Bundesmaßgabe zu berücksichtigen.

2.1 Ausgleich von finanziellen Verwerfungen zwischen den Versorgungsbereichen durch die Laborreform

Die Vertragspartner stellen sicher, dass Verlagerungen von Kostenerstattungen des Abschnitts 32.2. zwischen dem haus- und dem fachärztlichen Versorgungsbereich aufgrund der zum 1. Oktober 2008 in Kraft getretenen Laborreform nicht zu finanziellen Verwerfungen zwischen den Versorgungsbereichen führen.

Dazu werden bereitgestellte Mittel aus den Vorwegabzügen gem. Honorarvereinbarung des Jahres 2009 Teil C Abs. 3.2h um das tatsächliche Abrechnungsvolumen im hausärztlichen Versorgungsbereich reduziert. Die Differenz ist dem fachärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnen.

Die Vertragspartner werden prüfen, ob dieses den tatsächlichen Verlagerungen entspricht.

Diese Regelung dient zur Steuerung der Auswirkungen der Umsetzung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung, insbesondere Teil F, Beschluss zur Berechnung und zur Anpassung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V.

2.2 Konvergenzphase für die Vereinheitlichung der Umsetzung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen

Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung vereinbaren die Vertragspartner mit dem Ziel einer schrittweisen Anpassung der Auswirkungen der Vergütungsreform eine Konvergenzregelung. Die nachfolgende Regelung gilt für das erste Halbjahr 2010. Grundlage bildet dafür die Entscheidung zur „Konvergenzphase für die Steuerung der Auswirkungen der Umsetzung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung, insbesondere Teil F, Beschluss zur Berechnung und zur Anpassung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V“ aus der 10. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27. Februar 2009.

Entsprechend der folgenden Regelungen gelangen Honoraranteile oberhalb von Grenzwerten nicht zur Auszahlung. Die freiwerdenden finanziellen Mittel werden zur Stützung von Honoraranforderungen unterhalb der Grenzwerte verwandt. Im übrigen sind diese Mittel Teil der kumulierenden Rückstellung nach Teil A 1.5 dieser Vereinbarung.

Es besteht Übereinstimmung unter den Vertragsparteien, dass Überschreitungen aufgrund dieser Regelung nicht Gegenstand der Verhandlungen über die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für das Jahr 2011 werden.

2.2.1 Festlegung von Grenzwerten des GKV-Gesamtumsatzes für RLV-relevante Arztgruppen

2.2.1.1 Anwendung

Die Konvergenzregelung findet grundsätzlich Anwendung für Ärzte in Arztpraxen oder anderen Berufsausübungsgemeinschaften, die einer RLV-relevanten Arztgruppe zugeordnet sind und sich in keiner Wachstumsphase befinden. Honoraranteile von Praxispartnern ohne RLV bleiben unberücksichtigt. Honorargewinne und Honorarverluste von Praxispartnern in einer Wachstumsphase werden gegengerechnet. Die Anwendung der Beschränkung der Umsatzveränderungen der einzelnen Arztpraxen auf die mit den Grenzwerten festgelegte Höhe erfolgt getrennt je Versorgungsbereich unter folgenden Bedingungen:

- a. In den GKV-Umsatz werden keine Erlöse aus dem organisierten Notdienst , Kostenpauschalen (z.B. Kapitel 40, Laborparameter, Dialysesachkosten, Wegegelder, Nuklidkosten) oder in Euro-Beträgen bewertete Leistungen einbezogen. Die Pauschalen sind in Anlage 3 abschließend aufgelistet.
- b. Die die Grenzwerte nach 2.2.1.2 überschreitende Höhe der Umsatzveränderung im Vergleich zum jeweiligen Basisquartal 2008 ist nicht durch von der Praxis zu verantwortende Gründe entstanden und durch die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik begründet.
- c. Der GKV-Umsatz der jeweiligen Arztpraxis (bezogen auf Ärzte mit RLV) im Abrechnungsquartal weicht um mehr als die vereinbarte Höhe der Grenzwerte gemäß 2.2.1.2 vom Umsatz des jeweiligen Basisquartals 2008 ab.
- d. Das RLV der Praxen mit Honorarverlusten im Sinne 2.2.1.2 a. ist ausgeschöpft.
- e. Maßgeblich ist der zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannte GKV-Umsatz.

2.2.1.2 Grenzwerte des GKV-Gesamtumsatzes

a. „Praxen mit Honorarverlusten“

Verluste der Praxen werden im ersten Halbjahr 2010 auf maximal 12 % Verlust im GKV-Umsatz begrenzt.

b. „Praxen mit Honorargewinnen“

- b.1 Gewinne der hausärztlichen Praxen werden grundsätzlich auf 12 % im GKV-Umsatz begrenzt.
- b.2 Gewinne der fachärztlichen Praxen werden grundsätzlich auf 8 % im GKV-Umsatz begrenzt.
- b.3 Gewinne bei versorgungsbereichsübergreifenden Praxen unter Beachtung der Bedingungen in Absatz 2.2.1.1 dieser Vereinbarung werden grundsätzlich auf 10 % im GKV-Umsatz begrenzt.
- b.4 Sofern eine Praxis für Leistungen außerhalb der MGV (Teil B dieser Vereinbarung) gegenüber dem jeweiligen Basisquartal 2008 einen Honorarzuwachs erzielt hat, so erhält diese 80 % dieses Zuwachses als zusätzlichen Zugewinn im GKV-Umsatz zugestanden.

2.3 Wechsel des Versorgungsbereiches

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

2.4 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. Sofern hierzu auf Bundesebene Verfahren wirksam werden, finden diese Anwendung.

2.5 Versorgungsbereiche

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

3. Regelungen innerhalb der Versorgungsbereiche

3.1 Je Versorgungsbereich wird eine Rückstellung bzw. Vorwegabzug

- a) für die Vergütung des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes, von Krankenhausnotfällen, Notfällen von Ermächtigten und Nicht-Kassenärzten in Höhe von 12,0 Mio. Euro aus dem hausärztlichen und 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.
- b) für den Zugang neuer Ärzte gebildet. Die Rückstellungen werden in Höhe des Vorjahresquartals vorgenommen.
- c) für die Honorierung von Ärzten während der Wachstumsphase nach Teil D Ziffer 2 dieser Vereinbarung gebildet. Die Rückstellungen werden in Höhe des Vorjahresquartals vorgenommen.
- d) für die Honorierung ermächtigter Ärzte, ermächtigter Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die gemäß Beschluss Teil F 2.1 des B-BWA kein Regelleistungsvolumen erhalten, gebildet. Die Rückstellungen werden in Höhe des Leistungsbedarfs des Vorjahresquartals, weiterentwickelt mit der bundeseinheitlichen Veränderungsrate gemäß B-BWA Teil B, 2.3.3 vom 02.09.2009 und der Erhöhung des Behandlungsbedarfs je Versicherten gemäß 3.3 (ebenda), bereinigt um den vorgeschriebenen Anteil in Konsequenz des GKV-OrgWG gemäß Beschluss Teil H.
- e) in Höhe von 2 % des eingehenden Vergütungsvolumens gebildet. Aus dieser Rückstellung werden die über die RLV hinaus abgerechneten Leistungen und abgestaffelt zu vergütenden Leistungen vergütet.

- f) für Sicherstellungsaufgaben und Honorarkorrekturen aus Vorjahresquartalen gebildet.
- g) für den Ausgleich von Härtefällen sowie Praxisbesonderheiten werden Rückstellungen gebildet.
- h) für den Ausgleich von Fehlschätzungen aus den Berechnungen gemäß Beschluss BWA Teil F Anlage 2 gebildet.

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-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 KV SH 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 1.6 nicht.

3.2 Im hausärztlichen Versorgungsbereich werden Vorwegabzüge gebildet für

die im B-BWA Teil F Anlage 2 Ziffer 2a genannten Leistungsbereiche auf Grundlage des abgerechneten Behandlungsvolumens des Vorjahresquartals zuzüglich der Veränderungsrate des Behandlungsbedarfs nach Teil B Ziffer 2.3.3 (1,6616 von Hundert), zuzüglich Teil B Ziffer 3.3 (0,1635 von Hundert) welches sich bei einer Bewertung der Leistungsabforderung mit dem OPW 2010 ergibt, soweit der Beschluss keine andere Berechnung vorsieht. Abweichend davon errechnet sich der Vorwegabzug für Leistungen und laboratoriums-medizinische Untersuchungen des Kapitels 32 EBM auf Basis des B-BWA Teil F Anlage 2 Ziffer 2a. Das verbleibende Vergütungsvolumen geht in die Bildung der Regelleistungsvolumina nach Teil D ein.

3.3 Im fachärztlichen Versorgungsbereich werden Vorwegabzüge gebildet für

die im B-BWA Teil F Anlage 2 Ziffer 2b genannten Leistungsbereiche auf Grundlage des abgerechneten Behandlungsvolumens des Vorjahresquartals zuzüglich der Veränderungsrate des Behandlungsbedarfs nach Teil B Ziff. 2.3.3 (1,6616 von Hundert), zuzüglich Teil B Ziffer 3.3 (0,1635 von Hundert) welches sich bei einer Bewertung der Leistungsabforderung mit dem OPW 2010 ergibt, soweit der Beschluss keine andere Berechnung vorsieht. Abweichend davon errechnet sich der Vorwegabzug für Leistungen und laboratoriums-medizinische Untersuchungen des Kapitels 32 EBM auf Basis des B-BWA Teil F Anlage 2 Ziffer 2a.

Für die Honorierung pädaudiologischer Leistungen nach Kapitel 20 EBM durch Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie (s. Teil A 2.1 dieser Vereinbarung; Arztgruppe Nr. 28 nach **Anlage 2** dieser Vereinbarung) wird ein Vorwegabzug gebildet. 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 Beschluss Teil F Abschnitt IV.).

Das verbleibende Vergütungsvolumen geht in die Bildung der Regelleistungsvolumina nach Teil D ein.

3.4 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 Absatz 2 und 3 SGB V

1. Grundsatz der Vergütung ärztlicher Leistungen

- 1.1** 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 I. Quartal 2010 spätestens zum 01.02.2010 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.

1.2 Die RLV berechnen sich nach den Vorgaben des B-BWA Teil F nebst Anlagen 1 und 2 soweit nichts Abweichendes bestimmt ist. Sofern nachfolgende Regelungen auf den Arzt abstellen, stellt dies auf eine volle Arztstelle ab. Andernfalls ist die Vorgabe anteilig anzuwenden. Soweit nicht ausdrücklich anderes bestimmt ist, umfasst der Begriff „Praxis“ alle möglichen Kooperationsformen zwischen zugelassenen und angestellten Ärzten (einschl. Psychotherapeuten). Durchschnittsfallzahlen der Arztgruppen basieren auf den Daten des jeweiligen Vorjahresquartals.

Nachfolgend werden folgende landesspezifische Regelungen getroffen:

1.3 Für 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. Bei der Berechnung des arztgruppenspezifischen Anteils am RLV-Vergütungsvolumen eines Versorgungsbereiches wird bei einer Arztzahlveränderung um mehr als 10% zwischen den entsprechenden Quartalen in 2007 und 2009 der RLV-relevante Leistungsbedarf in Punkten des Jahres 2009 zugrunde gelegt.

1.4 Sonderregelungen für kleine Arztgruppen

Abweichend von den Vorgaben des B-BWA werden die RLV der Ärzte in Arztgruppen mit weniger als 20 Ärzten auf Basis der individuellen Fallwerte des entsprechenden Quartals des Jahres 2009 ermittelt, sofern eine relative Streuung von mindestens 30% vorliegt. Die RLV der Ärzte in Arztgruppen mit höchstens 5 Ärzten werden grundsätzlich auf Basis der individuellen Fallwerte des entsprechenden Quartals des Jahres 2009 ermittelt.

Die individuellen Fallwerte werden entsprechend des RLV-Vergütungsvolumens der jeweiligen Arztgruppe (RLVAG) angepasst.

2. Ärzte in der Wachstumsphase

- 2.1 Ärzte die innerhalb des abzurechnenden Quartals weniger als fünf Jahre niedergelassen sind und deren RLV-relevante Fallzahl unterdurchschnittlich ist, bekommen die Leistungen bis zu einer individuellen Obergrenze aus individueller Fallzahl bis max. zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe und RLV-Fallwert der Gruppe nach der Euro-Gebührenordnung vergütet.
- 2.2 Ärzte die innerhalb des abzurechnenden Quartals weniger als fünf Jahre niedergelassen sind und deren RLV-relevante Fallzahl überdurchschnittlich ist, erhalten ein RLV unter Berücksichtigung ihrer individuellen Fallzahl des Vorjahresquartals und RLV-Fallwert der Gruppe unter Berücksichtigung der morbiditätsbezogenen Differenzierung zugeordnet.
- 2.3 Erreicht die individuelle Fallzahl innerhalb der Wachstumsphase ab I/2009 erstmalig die Durchschnittsfallzahl der Arztgruppe, so erhält der Arzt für

dieses und die folgenden drei Quartale die durchschnittlichen saisonalen RLV der Arztgruppe zugeordnet. Bleibt der Arzt während der gesamten Wachstumsphase unterdurchschnittlich, erhält der Arzt als RLV die mit dem Bestwert seiner Fallzahlquote der letzten vier Quartale multiplizierten durchschnittlichen saisonalen RLV der Arztgruppe zugeordnet.

3. Sonderregelungen für Veränderungen der Praxisstrukturen

- 3.1 Mit Übernahme eines Praxissitzes nach § 103 Abs. 4 SGB V wird dem Praxisübernehmer die zur Berechnung des RLV maßgebliche Fallzahl des Vorgängers übertragen, sofern die Praxis in einem Umkreis von höchstens 500 m fortgeführt wird. Ist dieses RLV unterdurchschnittlich, so gilt Absatz 2.1.
- 3.2 Bei Berufsausübungsgemeinschaften tritt bei Eintritt eines in der Wachstumsphase befindlichen Arztes neben bestehender RLV der einzelnen Partner der Praxis die Regelung nach Absatz 2.1 hinzu, so dass sich insgesamt eine Obergrenze für die Berufsausübungsgemeinschaft ergibt. Scheidet der in der Wachstumsphase befindliche Arzt aus der Praxis aus, so erhält die Praxis das RLV vor Eintritt des in der Wachstumsphase befindlichen Arztes zugewiesen. Für den in der Wachstumsphase befindlichen Arzt wird die Wachstumsphase separat fortgeführt.
- 3.3 Scheiden andere Partner aus der Berufsausübungsgemeinschaft aus, so werden die RLV nach B-BWA ohne Berücksichtigung des neuen Partners den entstehenden Praxen zugeordnet.
- 3.4 Bei Rückgabe der Zulassung eines Praxispartners ohne Nachfolger bleibt das RLV einer Berufsausübungsgemeinschaft insgesamt erhalten. Bei ortsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften gilt dies nur dann, wenn die Praxissitze im Umkreis von 500 m bestanden.
- 3.5 In begründeten Fällen kann der Vorstand auf Antrag aus Sicherheitsgründen das RLV der Praxis neu festlegen, wenn besondere Umstände des Einzelfalles vorliegen. Hierzu zählen insbesondere dauerhafte Veränderungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Umfeld der Praxis.

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

- 4.1 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.
- 4.2 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 Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30% vorliegt.

- 4.3 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.
- 4.4 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.

5. Bereinigung im Zusammenhang mit Selektivverträgen

Werden Leistungen die in der RLV enthalten sind, im Rahmen von Selektivverträgen außerhalb dieser Honorarvereinbarung abgerechnet, sind diese in der entsprechenden Höhe im entsprechenden Versorgungsbereich zu bereinigen. Sofern hierzu auf Bundesebene Verfahren wirksam werden, finden diese Anwendung.

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 3.2 und 3.3 dieser Vereinbarung werden nach der Euro-GO vergütet.
- 1.4 Leistungen innerhalb der RLV und innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets werden nach der Euro-GO vergütet. Darüber hinausgehende Leistungen werden quotiert vergütet. Die Quote ermittelt sich aus der Gegenüberstellung des 2%igen Vorwegabzuges unter C. 3.1 e) 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.
- 1.6 Die Leistungen ermächtigter Ärzte, ermächtigter Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die kein Regelleistungsvolumen erhalten, werden nach der Euro-GO 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 3.1a) 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 3.1a) 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. § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V findet Anwendung.
- 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 3.1a Absatz 1 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 KV SH 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 Absatz 4 und § 32 Abs. 2 SGB V

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

3. Berücksichtigung der Rückflüsse aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen 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 § 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.

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 KV SH 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 01.01.2010 bis 31.12.2010. Ab 01.04. bzw. 01.07.2010 ist dieser Vertrag entsprechend der unter Beschlusstil F Abschnitt IV. angekündigten Änderungen anzupassen. Die Vertragspartner erklären, den Beschluss bis zum 15.02. bzw. 15.05.2010 in Form einer Änderungs-/Ergänzungsvereinbarung umzusetzen.

Die Regelung unter Teil C Ziffer 2.2 dieser Vereinbarung gilt nur für den Zeitraum vom 01.01. bis 30.06.2010.

2. Diese Vereinbarung steht unter dem Vorbehalt der aufsichtsrechtlichen Nichtbeanstandung (§ 71 Abs. 4 SGB V).

Bad Segeberg, den 27.12.09

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein



[Handwritten signature]

(Unterschrift)

Kiel, den 18.12.2009

AOK Schleswig-Holstein - Die Gesundheitskasse -

[Handwritten signature]

(Unterschrift)

Hamburg, den.....

BKK-Landesverband NORD

[Handwritten signature]

(Unterschrift)

Schwerin, den

IKK-Landesverband Nord

[Handwritten signature]
iA
IKK Landesverband Nord
Molsinger Allee 19 a · 23558 Lübeck

(Unterschrift)

Kiel, den 21.12.09

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Schleswig-Holstein/Hamburg

[Handwritten signature]

(Unterschrift)

Hamburg, den 21.12.09

Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg

[Handwritten signature]
iA Ehemaliger

(Unterschrift)

Kiel, den 18.12.2009

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

[Handwritten signature]

(Unterschrift)