

**Vereinbarung zur Honorierung
vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2011 und 2012
mit Wirkung zum 1. Januar 2011**

Die

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

(nachfolgend KVSH genannt)

- einerseits -

und

die Landesverbände der Krankenkassen

- AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse.
- BKK-Landesverband NORDWEST
- IKK Nord in Vertretung des IKK Landesverbandes
- 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 (Ersatzkasse)
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein

(nachfolgend Krankenkassen/-verbände genannt)

- andererseits –

schließen unter Bezugnahme auf § 82 Abs. 2 Satz 1 SGB V in Verbindung mit

§§ 87a Abs. 3, 87b Abs. 4 Satz 3, 87c Abs. 3 SGB V, 87d Abs. 4 SGB V die folgende Vereinbarung zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen ab 1. Januar 2011

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
Anlage 4	Berechnungsbogen aMGV-Leistungen
Anlage 5	Tabelle zur Bilanzierung der MGV

Abkürzungen:

aMGV	außerhalb morbiditätsbedingter Gesamtvergütung
B-BWA	Beschluss des Bewertungsausschusses bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses
GKV-FinG	GKV-Finanzierungsgesetz
MGV	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
InBa	Institut des Bewertungsausschusses
Euro-GO	(regionale) Euro-Gebührenordnung
OW	Orientierungswert
RLV	Regelleistungsvolumen
FKZ	Fremdkassenzahlungsausgleich
QZV	Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen

Präambel

Diese Vereinbarung regelt die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen für 2011/2012. Die hier getroffene Vereinbarung basiert ferner auf den Beschlüssen des Bewertungsausschusses sowie des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung vom 5./11. Oktober 2010, dem Beschluss vom 24.11.2010 sowie vom 25.01.2011. Sie berücksichtigt insbesondere die im GKV-FinG vorgegebenen Ausgabenbegrenzungsregelungen für die Jahre 2011/2012.

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein ist verpflichtet, die abgerechneten und anerkannten Leistungen der Vertragsärzte entsprechend den nachfolgenden Regelungen zu vergüten.

Teil A Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

1. Grundsätze der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

- 1.1 Die quartalsbezogene MGV bildet sich nach den jeweils geltenden Beschlüssen des B-BWA.
- 1.2 Leistungen außerhalb der MGV (Teil B dieser Vereinbarung) unterliegen nicht der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- 1.3 Grundlage der quartalsbezogenen MGV je Versicherten ist die unter den Vertragspartnern abgestimmte quartalsbezogene MGV je Versicherten des Vorjahres, ohne Berücksichtigung der Stützungsbeträge für Phoniater und Pädaudiologen sowie organisierter ärztlicher Bereitschaftsdienst.
- 1.4 Sämtliche nicht verbrauchten Mittel der MGV (unter Berücksichtigung der Regelung in Teil A 1.5 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 eine fortlaufende Bilanzierung je Quartal gemäß Anlage 5 zeitgleich zur Übermittlung der bilanzierten Transparenzdaten.
- 1.5 Es gilt folgende Saldierungsregelung für antragsgebundene genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen gemäß Kapitel 35.2 EBM (Fachgruppen gemäß B-BWA vom 24.11.2010, Teil F, Abschnitt 4.1). Die Honorarsummen der abgerechneten Leistungen werden quartalsweise den nach Teil C Ziffer 1.1 dieser Vereinbarung gebildeten Rückstellungen gegenübergestellt. Kumuliert über alle Quartale der Jahre 2011/2012 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 in der Kontenart 400 unter einem Vorgang und wird den betreffenden Krankenkassen zusammen mit der Auslieferung des Formblatt 3 für das erste Quartal 2013 übermittelt.

2. Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

2.1 Ermittlung der angepassten Leistungsmenge je Versicherten

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

Die Einführung der Leistung der GOP 10350 führt zu Einsparungen bei Leistungen nach den GOP 30430 und/oder 30431 (Substitution). Die Bereinigung dieser beiden Leistungspositionen erfolgt quartalsweise auf Basis des Aufsatzzeitraums 2007 erstmals ab dem Quartal 04/2010. Für die Bereinigung wird der Leistungsbedarf aus den GOP 30430 und 30431 von den Versicherten zugrunde gelegt, für die in diesem Jahr

- die Kodierung einer Psoriasis mit mindestens einem der folgenden ICD-Kode dokumentiert wurde: L40.0, L40.3, L40.8, L40.9 und
- eine Leistung nach den GOP 30430 und/oder 30431 erhalten haben.

Zur Berücksichtigung von Leistungen nach 30430 und/oder 30431, die bei Patienten mit einem PASI-Score unter 10 erbracht wurden, wird von dem so errechneten Leistungsbedarf ein Anteil von 50% abgezogen.

Der so errechnete Gesamtbereinigungsbetrag wird quartalsbezogen je einzelner Krankenkasse nach dem Anteil der kassenspezifischen MGV im Verhältnis zur GKV-MGV (jeweils vor Bereinigung von Selektivverträgen) aufgeteilt (siehe Anlage 1).

Die KVSH hat den Krankenkassen/-verbänden grundsätzlich 6 Wochen vor Quartalsbeginn, erstmals für das 3. Quartal 2011, die kassenspezifischen Daten (Satzart ARZTRG87c4FUSION in der zuletzt vorliegenden Version) zur

Berechnung der MGV und ggf. für weitere Berechnungen zur Abstimmung vorzulegen. Für das 1. und 2. Quartal 2011 verständigen sich die Vertragspartner umgehend auf eine entsprechende Ermittlung.

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

Für die Fachgruppe der Phoniater und Pädaudiologen wird die MGV um einen Betrag von 22.500 Euro je Quartal letztmalig bis 31.12.2012 angehoben. Sollte der EBM für die Fachgruppe der Phoniater/Pädaudiologen geändert werden (gemäß B-BWA vom 25.1.2011, 248. Sitzung), verständigen sich die Vertragspartner auf eine Reduzierung/Streichung der Einmalzahlung. 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.

Die Anhebung der quartalsbezogenen MGV der einzelnen Krankenkasse zur Vergütung der Phoniater und Pädaudiologen um 22.500 EUR bemisst sich nach dem Anteil der kassenspezifischen-MGV im Verhältnis zur GKV-MGV (jeweils vor Bereinigung von Selektivverträgen).

2.2 Vereinbarter Punktwert

Auf der Grundlage des vom B-BWA 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.

Aufgrund der Entscheidung vom 15.12.2010 des Landessozialgericht Berlin-Brandenburg zur aufschiebenden Wirkung des Teils C 3.1 des B-BWA vom 02.09.2009 (Az.: L7 KA 84/09 ER) werden für Belegärztliche (kurativ-

stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und Geburtshilfe) zunächst ab 1.1.2011 keine entsprechenden Zuschläge zum OW gezahlt.

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

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

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

2.3 Quartalsbezogene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

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

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

2.3.2 Die MGV wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerbudgetären Leistungen gemäß Teil B

dieser Vereinbarung) gezahlt. Eine Nachschusspflicht ist mit Ausnahme der Regelung nach Teil A Ziffer 1.5 dieser Vereinbarung ausgeschlossen.

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 2011 und 2012 sind nach Abschluss des jeweiligen Abrechnungsjahres auf die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß Teil A Ziffer 1 dieser Vereinbarung anzurechnen. Die konkrete Umsetzung nach § 13 Abs. 2 SGB V und nach § 53 Abs. 4 SGB V erfolgt bilateral zwischen der KVSH und der jeweiligen Krankenkasse.

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

3.1 Fusionen von Krankenkassen

Für den Fall von Kassenfusionen vereinbaren die Vertragspartner, dass der Behandlungsbedarf für die neu gebildete Krankenkasse auf der Basis der nach Versichertenzahlen gewichteten Behandlungsbedarfe der fusionierenden Krankenkassen gemäß Teil A, Ziffer 2.1 dieser Vereinbarung berechnet wird. Dies gilt vorerst nicht für den Zusammenschluss der AOK Westfalen-Lippe und der AOK Schleswig-Holstein zur AOK NORDWEST.

3.2 Neugründungen von Krankenkassen

Bei Neugründungen von Krankenkassen wird die MGV auf der Basis des durchschnittlichen Behandlungsbedarfs gemäß Teil A, Ziffer 2.1 dieser Vereinbarung aller Krankenkassen gebildet, wie er sich für das jeweilige Quartal in Schleswig-Holstein ergibt. Sind systematische Abweichungen von diesem Durchschnitt aufgrund der Mitgliederstruktur der Krankenkasse feststellbar, ist eine vertragliche Vereinbarung herbeizuführen.

3.3 Behandlungsbedarf von Versicherten einer in den Ausgangsdaten gemäß B-BWA nicht enthaltenen Krankenkasse

Bei Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen von in Schleswig-Holstein wohnenden Versicherten einer Krankenkasse, welche in den Ausgangsdaten gemäß B-BWA nicht enthalten sind, wird die MGV auf der Basis des durchschnittlichen Behandlungsbedarfs aller Krankenkassen geleistet, wie er sich für das jeweilige Quartal ergibt. Bei Krankenkassen mit weniger als 30 Versicherten wird die MGV auf der Basis des durchschnittlichen

Behandlungsbedarfs der jeweiligen Kassenart geleistet, wie er sich für das jeweilige Quartal ergibt.

Teil B Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Folgende Leistungen / Leistungsbereiche werden nach gesonderten Verträgen berücksichtigt:

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

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

b) regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen.

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

c) Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 EBM und die GOP 32880 bis 32882 des Abschnitts 32.2.8 EBM,

d) Durchführung von Vakuumbiopsien (GOP 01759),

e) Strahlentherapie (GOP 25210 bis 25342),

f) Phototherapeutische Keratektomie (GOP 31362, 31734, 31735 und 40680),

g) Leistungen der künstlichen Befruchtung (GOP 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510X, 08530X, 08531X, 08540X bis 08542X, 08550X bis 08552X, 08560X, 08561X, 08570X bis 08574X, 11311X, 11312X, 11320X bis 11322X, 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.

- h) Dialysesachkosten (GOP 40800 bis 40822),
- i) Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nach der GOP 13622 einschl. der Sachkosten,
- j) Kostenpauschalen nach den GOP 40860 und 40862 zur Erstattung des bes. Aufwandes im Rahmen der Verordnung der spezialisierten amb. Palliativversorgung (SAPV),
- k) Kostenpauschalen für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V nach den GOP 40870 und 40872,
- l) Leistungen zur spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922 und 30924,
- m) Substitutionsbehandlung nach den GOP 01950 bis 01952 (§ 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V) und diamorphingestützte Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger gemäß GOP 01955 und 01956 im Abschnitt 1.8 des EBM,
- n) Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis gemäß GOP 01833 im Rahmen der Empfängnisregelung nach Abschnitt 1.7.5 EBM,
- o) Balneophototherapie nach der GOP 10350 (entsprechend der Durchführungsempfehlung des BWA in seiner 225. Sitzung) ,
- p) Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe [Leistungen des Abschnitts 8.4]),
- q) Belegärztliche Begleitleistungen,
- r) Leistungen des Kapitels 31 sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,
- s) Operative Leistungen einschl. Anästhesien aus dem Katalog zum Vertrag nach § 115 b SGB V i. d. F. vom 17.08.2006 soweit sie nicht in Buchstabe r enthalten sind,
- t) Betreuungsleistungen nach den GOP 16230 und 21230,

- u) Besuche in Pflegeheimen nach SGB XI außerhalb des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (EBM Abschnitt 1.4 plus Kennzeichen „H“),
- v) PET-Untersuchung mit 18-Fluorid (GOP 88738)

In Umsetzung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Überbrückung des Engpasses mit Radiopharmaka werden Leistungen der PET-Untersuchungen mit 18-Fluorid bis zum Ablauf der letztmalig ausgesprochenen Verlängerung der Beschlüsse mit einem Betrag von 500 EUR (GOP 88738) vergütet.

Hiervon werden 410,64 EUR außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Im Übrigen erfolgt die Vergütung der PET-Untersuchung mit 18-Fluorid in dem Umfang, in welchem die Vergütung der durch die genannten Verfahren substituierten Knochenszintigraphien erfolgt wäre, aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung/den Regelleistungsvolumina der Vertragsärzte, die die PET-Untersuchung erbringen. Eine Bereinigung findet nicht statt.

Die differenzierte Ausweisung nach der vorgenannten Regelung erfolgt im Formblatt 3 in der Kontenart 400 unter Kapitel 88 in der Ebene 6. Hierbei wird der Betrag von 500 EUR (GOP 88738)

- in Höhe von 89,36 EUR mit der Kennzeichnung 88738A innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ausgewiesen und
- in Höhe von 410,64 EUR mit der Kennzeichnung 88738B außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ausgewiesen.

Für die unter a) bis b) aufgeführten Leistungen gelten die unter den Vertragspartnern bilateral getroffenen Vereinbarungen. Für die unter c) bis v) 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. Diese Leistungen werden individuell nach eingehender Prüfung entsprechend des tatsächlichen Versorgungsgeschehens vergütet/begrenzt.

Für die unter p bis s) aufgeführten Leistungen gilt auf der Grundlage des GKV-FinG eine Mengenbegrenzung auf den Leistungsbedarf 2010 plus eine Steigerung um 2,5% für das Jahr 2011 und einer Steigerung auf den Leistungsbedarf 2010 um 5% für das Jahr 2012.

Für die unter t) und u) aufgeführten Leistungen gilt nach Maßgabe des GKV-FinG eine Mengenbegrenzung auf den Leistungsbedarf 2010 plus den in § 87d Absatz 4 SGB V festgesetzten Steigerungsraten.

Berechnung der unter Buchstaben p) bis s) aufgeführten Leistungen für 2011:

1. Die KVSH ermittelt ab dem Jahr 2011 je Quartal und je Leistungsart den Leistungsbedarf aller Krankenkassen in Punkten auf Basis des jeweiligen Quartals 2010. Berücksichtigt werden nur Leistungen von Vertragsärzten der KVSH an Versicherten mit Wohnsitz in Schleswig-Holstein. Die Leistungsbereiche p) und q) werden zu einer Leistungsart zusammengeführt. Ebenso wird mit den Leistungsbereichen r) und s) verfahren.
2. Das für 2010 ermittelte Quartals-Ergebnis (Punktzahlvolumen) multipliziert mit dem OW in Höhe von 3,5048 Cent erhöht um die Steigerung 2,5% ergibt in Summe das maximale GKV Ausgabenvolumen des jeweiligen Quartals in 2011. Abweichend für die Quartale I und II/2011 gilt für die Bestimmung des Ausgabenvolumens des Leistungsbereiches p) der Leistungsbedarf der Quartale I und II/2010 multipliziert mit dem OW (zuzüglich des Zuschlags zum OW. Die bestandskräftigen Urteile (Az.: L7 KA 62/09 KL bzw. L/ KA 135/09 KL) gegen den vom Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 15. Sitzung am 02.09.09 getroffenen Beschlussteil C (Festlegung von Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur für das Jahr 2010 gemäß § 87 Abs. 2f SGB V) werden berücksichtigt.
3. Die KVSH ermittelt für das jeweilige Abrechnungsquartal 2011 je Leistungsart (Leistungsbereiche p) und q) sowie Leistungsbereiche r) und s) den tatsächlichen Leistungsbedarf aller Krankenkassen in Punkten. Der so ermittelte Leistungsbedarf multipliziert mit dem OW in Höhe von 3,5048 Cent ergibt das rechnerische GKV Ausgabenvolumen.
4. Überschreitet das rechnerische GKV Ausgabenvolumen nach Nr. 3 das maximale GKV Ausgabenvolumen nach Nr. 2 erfolgt die Vergütung aller Leistungen der so errechneten und im Formblatt 3 jeweils ausgewiesenen Quote. Der so errechnete Auszahlungspunktwert ergibt sich aus dem Verhältnis von dem OW dividiert durch das rechnerische GKV Ausgabenvolumen nach Nr. 3 multipliziert mit dem maximalen GKV Ausgabenvolumen nach Nr. 2. Leistungen, welche nicht von Punkt 1 erfasst sind, werden ebenfalls mit der nach Satz 1 errechneten Quote vergütet.
5. Die KVSH berechnet die tatsächlichen Leistungsausgaben je Krankenkasse für das jeweilige Abrechnungsquartal 2011 durch Multiplikation des tatsächlichen Leistungsbedarfs in Punkten mit dem quotierten Auszahlungspunktwert nach Nr. 4.
6. Wird ein rechnerischer Punktwert oberhalb des OW erzielt, wird das Ausgabenvolumen, dass sich aus der Differenz zwischen

Durchschnittspunktwert und OW berechnet zur Finanzierung des Folgequartals, letztmalig für das 4. Quartal 2012, herangezogen. Diese Differenz wird dem GKV-Ausgabenvolumen gem. Nr. 2 zugeführt.

Berechnung der unter Buchstaben p) bis s) aufgeführten Leistungen für 2012:

7. Die Berechnung für 2012 erfolgt nach der Methodik für 2011 mit der Anpassung der Steigerung nach Nr. 2 auf 5% auf Basis 2010. Für die unter t) und u) aufgeführten Leistungen gilt eine Mengenbegrenzung für 2011 auf das Ausgabenvolumen 2010 plus einer Steigerung um 0,9%. Für 2012 gilt eine Mengenbegrenzung auf das Ausgabenvolumen 2011, erhöht um die um 0,5 Prozentpunkte verminderte der für das Jahr 2012 nach § 71 Absatz 3 SGB V festgestellten Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen für das gesamte Bundesgebiet.

Berechnung der unter Buchstaben t) und u) aufgeführten Leistungen für 2011:

1. Die KVSH ermittelt für das Jahr 2011 je Quartal und Leistungsart den Leistungsbedarf aller Krankenkassen in Punkten auf Basis des jeweiligen Quartals 2010. Um der Aufwertung der entsprechenden Heimbesuchsziffern gemäß Beschluss zu folgen, erhöht die KVSH das Volumen ab 01.04.2011 um die ermittelten Beträge aus den Mitteln der MGV. Berücksichtigt werden nur Leistungen von Vertragsärzten der KVSH an Versicherten mit Wohnsitz in Schleswig-Holstein.
2. Das für 2010 ermittelte Quartals-Ergebnis (Punktzahlvolumen) multipliziert mit dem OW in Höhe von 3,5048 Cent erhöht um die Steigerung 0,9% ergibt in Summe das maximale GKV Ausgabenvolumen des jeweiligen Quartals in 2011.
3. Die KVSH ermittelt für das jeweilige Abrechnungsquartal 2011 je Leistungsart den tatsächlichen Leistungsbedarf aller Krankenkassen in Punkten. Der so ermittelte Leistungsbedarf multipliziert mit dem OW in Höhe von 3,5048 Cent ergibt das rechnerische GKV Ausgabenvolumen.
4. Überschreitet das rechnerische GKV Ausgabenvolumen nach Nr. 3 das maximale GKV Ausgabenvolumen nach Nr. 2 erfolgt die Vergütung aller Leistungen der so errechneten und im Formblatt 3 jeweils ausgewiesenen Quote (vor Anwendung der in Nr. 1 genannten Aufwertung der Heimbesuchsziffern durch die KVSH). Der Auszahlungspunktwert ergibt sich aus dem Verhältnis von dem OW dividiert durch das rechnerische GKV Ausgabenvolumen nach Nr. 3 multipliziert mit dem maximalen GKV Ausgabenvolumen nach Nr. 2. Leistungen, welche nicht von Punkt 1 erfasst sind, werden ebenfalls mit der nach Satz 1 errechneten Quote vergütet.

5. Die KVSH berechnet die tatsächlichen Leistungsausgaben je Krankenkasse für das jeweilige Abrechnungsquartal 2011 durch Multiplikation des tatsächlichen Leistungsbedarfs mit dem quotierten Auszahlungspunktwert nach Nr. 4.
6. Wird ein rechnerischer Punktwert oberhalb des OW erzielt, wird das Ausgabenvolumen, dass sich aus der Differenz zwischen Durchschnittspunktwert und OW berechnet zur Finanzierung des Folgequartals herangezogen. Diese Differenz wird dem GKV-Ausgabenvolumen gem. Nr. 2 zugeführt. In Quartal IV/2011 nicht ausgeschöpfte Mittel werden in das Quartal I/2012 übertragen.

Berechnung der unter Buchstaben t) und u) aufgeführten Leistungen für 2012:

7. Für das Jahr 2012 gilt als Berechnungsbasis das Ausgabenvolumen je Quartal und Leistungsart aller Krankenkassen aus dem Jahr 2011 (wobei die Heimbefuchsziffern in den Quartalen II – IV/2012 um die EBM-Aufwertung zu reduzieren sind). Die unter Punkt 1 getroffenen Regelungen zur EBM-Anpassung der Heimbefuchsziffern werden durch die KVSH auch für das Jahr 2012 angewandt. Berücksichtigt werden nur Leistungen von Vertragsärzten der KVSH an Versicherten mit Wohnsitz in Schleswig-Holstein.
8. Das für 2011 ermittelte Ausgabenvolumen, erhöht sich um die um 0,5% verminderte der für das Jahr 2012 nach § 71 Absatz 3 SGB V für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate und ergibt in Summe das maximale GKV Ausgabenvolumen 2012.
9. Die KVSH ermittelt für das jeweilige Abrechnungsquartal 2012 je Leistungsart den tatsächlichen Leistungsbedarf aller Krankenkassen in Punkten. Der so ermittelte Leistungsbedarf multipliziert mit dem OW in Höhe von 3,5048 Cent ergibt das rechnerische GKV Ausgabenvolumen.
10. Überschreitet das rechnerische GKV Ausgabenvolumen nach Nr. 9 das maximale GKV Ausgabenvolumen nach Nr. 8 erfolgt die Vergütung aller Leistungen der so errechneten und im Formblatt 3 jeweils ausgewiesenen Quote. Der Auszahlungspunktwert ergibt sich aus dem Verhältnis von dem OW dividiert durch das rechnerische GKV Ausgabenvolumen nach Nr. 9 multipliziert mit dem maximalen GKV Ausgabenvolumen nach Nr. 8 (vor Anwendung der in Nr. 1 bzw. 7 genannten Aufwertung der Heimbefuchsziffern durch die KVSH). Leistungen, welche nicht von Punkt 7 erfasst sind, werden ebenfalls mit der nach Satz 1 errechneten Quote vergütet.
11. Die KVSH berechnet die tatsächlichen Leistungsausgaben je Krankenkasse für das jeweilige Abrechnungsquartal 2012 durch Multiplikation des tatsächlichen Leistungsbedarfs mit dem quotierten Auszahlungspunktwert nach Nr. 10.

12. Wird ein rechnerischer Punktwert oberhalb des OW erzielt, wird das Ausgabenvolumen, das sich aus der Differenz zwischen Durchschnittspunktwert und OW berechnet zur Finanzierung des Folgequartals, letztmalig für das 4. Quartal 2012, herangezogen. Diese Differenz wird dem GKV-Ausgabenvolumen gem. Nr. 8 zugeführt.

Jede Krankenkasse erhält mit dem Formblatt 3 die Berechnung des GKV-Ausgabenvolumens gem. Anlage 4.

Sofern nach dem 31. März 2011 in Kraft tretende Verträge nach den §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V auch Leistungen enthalten, die bis zu ihrer Einbeziehung in diese Verträge außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet wurden und die nicht den in § 87d Abs. 4 Satz 5 SGB V aufgeführten Leistungsbereichen zuzuordnen sind, sollen die Partner der Gesamtverträge geeignete Maßnahmen vereinbaren, die sicherstellen, dass die gemäß § 87d Abs. 4 SGB V zu beschließenden Ausgabenbegrenzungen angemessen angepasst werden.

Bei der Ermittlung des aMGV-Ausgabenvolumens sind die sachlich rechnerischen Berichtigungsanträge gemäß § 106a SGB V zu berücksichtigen.

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 je Quartal 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 2011 umgehend 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 24.11.2010, Teil F, Anlage 4, Anhang 1, Schritt 17. mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, wobei für die in 4.1 gemäß Beschluss 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, Teil F, Abschnitt I, Ziffer 2.4). Es gilt Teil A, Ziffer 1.5 dieser Vereinbarung.

Als Ausgangsbasis gelten die 87c4FUSION-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 gilt, dass sich abweichend vom Beschluss Teil H B-BWA 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 1.5 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.

Die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen (GOP 12210 und 12220), die 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, 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.

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, Teil F, Anlage 4, Anhang 1, Schritt 19. vergütet.

Für die Vergütung des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes von Krankenhausnotfällen, Notfällen von Ermächtigten und Nicht-Kassenärzten sowie der ärztlichen Stelle in der Leitstelle wird ein Vorwegabzug in Höhe von jährlich 23,9 Mio. Euro gebildet. Eine Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen wird dem jeweiligen Facharztbereich zugeordnet. Dieser Vorwegabzug steht 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, 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 1.5 dieser Vereinbarung nicht.

3.1 Für den jeweiligen Versorgungsbereich wird gemäß B-BWA vom 24.11.2010, 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 versorgungsbereichs-bezogene 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 24.11.2010, Teil F, Abschnitt I, Ziffer 5 vereinbarten Vergütungsvolumens,
- unter Abzug der Vergütung für humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen 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 ohne den Stützungsbetrag (Teil A, Ziffer 2.1) sowie der zweckgebundenen Aufstockung der MGV (Teil A, Ziffer 2.1).
- die zu erwartenden Zahlungen für nicht in Anlage 2 dieser Vereinbarung genannten Arztgruppen sowie für die Arztgruppen in Ziffer 4.1 des B-BWA, 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.

Sollte der EBM für die Fachgruppe der Phoniater/Pädaudiologen aufgewertet werden, verständigen sich die Vertragspartner auf eine Reduzierung/Streichung der Einmalzahlung.

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 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.

Es besteht Einvernehmen darüber, dass die Vertragspartner gemeinsam die Abrechnungsergebnisse ab dem III. Quartal 2010 bewerten und gegebenenfalls geeignete Maßnahmen zur Steuerung der RLV-Fallzahlen gemäß Teil F, Abschnitt I, Ziffer 3.2.1 des B-BWA vom 24.11.2010 vereinbaren.

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 Arztzahlveränderung um mehr als 10% zwischen den entsprechenden Quartalen in 2008 und dem Vorjahresquartal der RLV/QZV-relevante Leistungsbedarf in Punkten des Vorjahresquartals zugrunde gelegt. Die Anpassungsfaktoren gemäß B-BWA, 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, Teil F, Abschnitt I für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt. Der Bezug erfolgt auf das Quartal unmittelbar.

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. Ebenso werden FA Internisten entsprechend ihres Tätigkeitsschwerpunktes zugeordnet.

2.3 Die Vertragspartner haben die in Anlage 3 aufgelisteten qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen vereinbart.

2.4 Zur Bestimmung der RLV-Fallzahl wird als Bezugspunkt das jeweilige Vorjahresquartal vereinbart (B-BWA, Teil F, Abschnitt I, Ziffer 1.2.1).

2.5 Die Partner der Gesamtverträge können 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 vornehmen (B-BWA, Teil F, Abschnitt I, Ziffer 3.3).

- 2.6 Beim Verfahren zur Umsetzung der Berechnung der QZV gilt der Leistungsfall (B-BWA, Teil F i.V.m. Anlage 8 des Beschlusses). Zur Berechnung der QZV wird als Bezugspunkt die arztindividuelle Leistungsfallzahl des Vorjahresquartals vereinbart (B-BWA, Teil F, Abschnitt I, Ziffer 1.2.1).
- 2.7 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.
- 2.8 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.
- 2.9 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 24.11.2010, 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 24.11.2010 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 Abstaffelung. 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 1. Quartal 2011 umgehend 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 In Arztgruppen mit weniger als 20 Ärzten im Vorjahresquartal, von denen mindestens die Hälfte weniger als 5 Jahre niedergelassen sind, erfolgt die Ermittlung des Regelleistungsvolumens abweichend vom Beschluss des Bewertungsausschusses ohne Fallwertminderung (Teil F, Abschnitt I, Punkt 3.2.1, Satz 4).

4.1.6 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 Gesamtvolumen je Arzt höher 15% gegenüber dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008 gefallen ist und die Einbuße auf einer Inhomogenität gegenüber der RLV-Gruppenbildung beruht. Zur

Überprüfung der Voraussetzungen hat der antragstellende Arzt/ die antragstellende Praxis der KVSH entsprechende Unterlagen zur Verfügung zu stellen (gemäß Beschluss 3.8, Teil F).

4.3.2 Verringert sich das Gesamtvolumen 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.

4.3.3 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/QZV-Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30% vorliegt. Bei der Beurteilung von Praxisbesonderheiten werden die Bereiche der RLV und QZV gemeinsam betrachtet.

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.

4.3.4 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 Unter folgenden Bedingungen werden die Leistungen der Polysomnographie (EBM 30901) erhöht vergütet:

Voraussetzung für die Stützung ist, dass das Gesamtvolumen (RLV/QZV) der Praxis ausgeschöpft ist. Um an dieser Regelung teilnehmen zu können, muss der betroffene Leistungserbringer in dem aktuellen Abrechnungsquartal leitlinienkonform im Durchschnitt 1,7x diese Leistung (EBM 30901) im Leistungsfall erbracht haben.

Das zur Verfügung gestellte Volumen errechnet sich aus: EBM-Position (30901) x Orientierungswert x 2,1 x Leistungsfallzahl des Vorjahresquartals * 0,95.

Dieses fiktive Volumen steht ausschließlich der Leistungsmenge der EBM-Ziffer 30901 zum jeweiligen Orientierungswert zur Verfügung. Der Differenzbetrag zwischen Vergütung nach grundsätzlicher Honorarsystematik und Vergütung über dieses fiktive Volumen wird dem Leistungserbringer aus Mitteln der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zusätzlich zur Verfügung gestellt.

Mit dieser Regelung ist keine präjudizierende Wirkung für folgende Honorarvereinbarungen verbunden.

4.3.6 Die KVSH gestaltet nach eigenem Ermessen die Vergütung im Bereich der Schmerztherapie mithilfe von Mitteln aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die KVSH wird in diesen Bereichen entsprechend geeignete Stützungsmaßnahmen erarbeiten und anwenden. Mit dieser Regelung ist keine präjudizierende Wirkung für folgende Honorarvereinbarungen verbunden.

4.3.7 Für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen finden die vorgenannten Regelungen unter Punkt 4.3 (mit Ausnahme von 4.3.6) 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 Notfalleleistungen 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 in den Fonds zur Finanzierung der Gemeinschaftsaufgaben und Sicherstellungsmaßnahmen ein.
- 2.3 Notfallleistungen durch Nichtvertragsärzte werden auf Basis der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Gleiches gilt für Notfallleistungen von Krankenhäusern oder durch ermächtigte Ärzte. Bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern ist die Vergütung für die durch das Krankenhaus oder durch ermächtigte Krankenhausärzte erbrachten Notfallleistungen – 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, vorbehaltlich anderslautender Regelungen, einheitlich 2,70 Euro.
- 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

Eine Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für die Jahre 2011 und 2012 erfolgt nicht (gemäß Beschluss, Teil E).

Teil G Verschiedenes

1. Abrechnungstransparenz

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

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

2. Ausweisung von Sonderverträgen im Formblatt 3

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

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

3. Verrechnung der Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 und § 32 Abs. 2 SGB V

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

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

Rückflüsse aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder auf Grund nachgelagerter sachlich-rechnerischer Berichtigungen fließen in die Schleswig-Holstein spezifische Rücklage nach Teil A 1.4, soweit sie aus dem Leistungsbereich der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung stammen. Handelt es sich um Leistungen außerhalb der MGV, erhält die jeweilige Krankenkasse die Rückvergütung.

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

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

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

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

7. Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder eine Regelungslücke enthalten, bleibt der Vertrag im Übrigen gültig. Anstelle der unwirksamen bzw. fehlenden Bestimmungen verpflichten sich die Vertragspartner, eine solche Ersatzregelung zu vereinbaren, die dem ursprünglichen Regelungsziel möglichst nahe kommt. Sofern diese zwischen den Vertragspartnern nicht zustande kommt, gelten die gesetzlichen Vorschriften.

8. 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 01.01.2011 bis 31.12.2012.
2. Die KVSH verpflichtet sich, keine Forderungen gegenüber den Krankenkassen geltend zu machen, die sich aus der Durchführung der Honorarverteilung bis einschließlich IV. Quartal 2011 ergeben oder ergeben haben. Keine Einigung

besteht über die Frage, ob die Vertragspartner eine gemeinsame Haftung für die Honorarverteilung ab dem Jahr 2012 aufgrund der Schiedsamsentscheidung vom 23.08.2004 trifft. Die Vertragspartner behalten sich vor, sollte in den Jahren 2012 ff. der Fall einer möglichen Haftungsteilung auftreten, diesen ggf. über ein Schiedsverfahren/Klageverfahren erneut entscheiden zu lassen.

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

Bad Segeberg, den. 11.04.2011 Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein



[Handwritten Signature]
(Unterschrift)

Kiel, den AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse -

[Handwritten Signature]

(Unterschrift)

Hamburg, den..... BKK-Landesverband NORDWEST

[Handwritten Signature]

(Unterschrift)

Lübeck, den 13.5.11 IKK Nord
in Vertretung für den Landesverband Nord

i.A. [Handwritten Signature]

(Unterschrift)

IKK Nord
Fördertower
Gablenzstr. 9
24114 Kiel

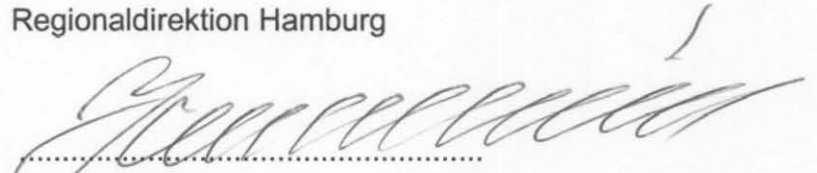
Kiel, den 13.05.11 Landwirtschaftliche Krankenkasse
Schleswig-Holstein/Hamburg

[Handwritten Signature]

(Unterschrift)

Hamburg, den.....

Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg



.....
(Unterschrift)

Kiel, den.....

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



.....
(Unterschrift)

Anlage 1 zu Teil A, Ziffer 2 der Honorarvereinbarung 2011/2012

Kassenname:

KV Schleswig-Holstein

VKNR:

Fusionen:

Stand: 01.01.2011

Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung	
X/2011/ bzw. X/2012*	
MGV X/2010 nach Vertragsumsetzung	Euro
./. Honorarvereinbarung 2010 Teil A 2.1 (nicht Sockelwirksam)	0,00Euro
Anhebung MGV für die Fachgruppe der Phoniater und Pädaudiologen zur Vergütung der Lst. Kap. 20 EBM	0,00Euro
Anhebung MGV für die Vergütung des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes	0,00 Euro
= Zwischensumme MGV X/2010	0,00 Euro
./. Bereinigung Balneophototherapie (30430, 30431 EBM)	0,00 Euro
= Zwischensumme MGV X/2010	
/ Versicherte X/2010 (ANZVER87C4)	
= MGV je Versicherten X/2010	0,00 Euro
+ 4,7340 % Anpassung des Behandlungsbedarfs gem. § 87d Absatz 2 Satz 2 und Satz 4 SGB V	0,00 Euro
= Zwischensumme MGV je Versicherter X/2011	0,00 Euro
X Versicherte X/2011 (ANZVER87C4)	
= Zwischensumme MGV X/2011	0,00 Euro
+ Umsetzung Honorarvereinbarung 2011	0,00 Euro
Anhebung MGV für die Fachgruppe der Phoniater und Pädaudiologen zur Vergütung der Lst. Kap. 20 EBM	0,00Euro
= MGV X/2011	0,00 Euro
./. Bereinigungsbeträge Selektivverträge gem. §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V	0,00 Euro
= MGV X/2011 nach Vertragsumsetzung	0,00 Euro

*vorbehaltlich Änderungen in 2012

Anlage 2 zu Teil D, Ziffer 1.2 der Honorarvereinbarung ab 2011 / 2012:
RLV-relevante Arztgruppen

Arztgruppe
Fachärzte für Anästhesiologie
Fachärzte für Augenheilkunde
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie
Fachärzte für Neurochirurgie
Fachärzte für Frauenheilkunde
Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohren- Heilkunde
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Fachärzte für Nervenheilkunde
Fachärzte für Orthopädie
Fachärzte für Physikalisch- Rehabilitative Medizin
Fachärzte für Urologie
Fachärzte für Neurologie
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie oder Angiologie
Fachärzte für Diagnostische Radiologie oder Nuklearmedizin
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Fachärzte für Humangenetik
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- Lungen- u. Bronchialheilkunde oder Zusatzbereich Kinder- Pneumologie

Anlage 3 zur Honorarvereinbarung ab 01.01.2011

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen für das Quartal I/2011

Stand 17.01.2011

Arztgruppe	Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungsposition des EBM
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	Akupunktur	30790, 30791
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Chirotherapie	30200, 30201
	Ergometrie der Hausärzte	03321
	Proktologie und Behandlung von Hämorrhoiden	30600, 30601, 30610, 30611
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30706
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie III, Hausärztlicher Versorgungsbereich	33060, 33061, 33062
	Allergologie, Hyposensibilisierung	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Sonographie I der Kinderärzte	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092, 33051
	Spirometrie der Kinderärzte	04330
	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Kinderkardiologie	04410, 04418, 04419, 04420
	Sonographie I der Kinderärzte	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092, 33051
	Spirometrie der Kinderärzte	04330
	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123

Anlage 3 zur Honorarvereinbarung ab 01.01.2011

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen für das Quartal I/2011

Stand 17.01.2011

Arztgruppe	Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungsposition des EBM
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- Lungen- u. Bronchialheilkunde oder Zusatzbereich Kinder-Pneumologie	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
	Kinderpneumologie	04530, 04532, 04534, 04535, 04536, 04537
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I der Kinderärzte	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092, 33051
	Spirometrie der Kinderärzte	04330
Fachärzte für Anästhesiologie	Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	05330, 05331, 05340, 05341, 05350 Die ICD-Codierung K00-K10 ist mit Begründung anzugeben.
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30706
	Zusatzpauschale Schmerztherapie	30704
Fachärzte für Augenheilkunde	Elektroophthalmologie	06312
	Fluoreszenzangiographie	06331
	Kontaktlinsenanpassung	06340, 06341, 06342, 06343
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I der Augenärzte	33000, 33002, 33011
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
	Chirotherapie	30200, 30201
	Gastroenterologie I	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412
	Phlebologie	30500, 30501
	Physikalische Therapie der Chirurgen	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie III, Fachärztlicher Versorgungsbereich	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
		34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
	Teilradiologie	

Anlage 3 zur Honorarvereinbarung ab 01.01.2011

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen für das Quartal I/2011

Stand 17.01.2011

Arztgruppe	Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungsposition des EBM
Fachärzte für Neurochirurgie	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Behandlung neurologisch Kranker der Neurochirurgen	16231, 16232, 16233
Fachärzte für Frauenheilkunde	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273
	Mamma- Sonographie	33041
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Reproduktionsmedizin	08230
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Sonographie III, Fachärztlicher Versorgungsbereich	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Zytologie der Gynäkologen	19310, 19311, 19312, 19331, 01826
Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohren-Heilkunde	Chirotherapie	30200, 30201
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Phoniatrie und Pädaudiologie	09330, 09331, 09332, 09333, 09335, 09336
	Polysomnographie	30901
	Sonographie I der HNO- Ärzte	33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
		34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
	Teilradiologie	
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III, Fachärztlicher Versorgungsbereich	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076

Anlage 3 zur Honorarvereinbarung ab 01.01.2011

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen für das Quartal I/2011

Stand 17.01.2011

Arztgruppe	Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungsposition des EBM
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Gastroenterologie I	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412
	Kontrolle Herzschrittmacher	13552
	Langzeit- EKG	13252, 13253
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie II der Internisten ohne Schwerpunkt	33020, 33021, 33022, 33023, 33040
	Sonographie III CW-Doppler	33060, 33061, 33062, 33063, 33064
	Sonographie III Farb- Duplex	33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
		34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
	Teilradiologie	
	Zweidimensionale Echokardiographische Untersuchung	33030, 33031
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III, Fachärztlicher Versorgungsbereich	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
		34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
	Teilradiologie	
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie oder Angiologie	Sonographie III, Fachärztlicher Versorgungsbereich	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

Anlage 3 zur Honorarvereinbarung ab 01.01.2011

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen für das Quartal I/2011

Stand 17.01.2011

Arztgruppe	Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungsposition des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Bronchoskopie der Pneumologen	13662, 13663, 13664, 13670
	Polysomnographie	30901
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III, Fachärztlicher Versorgungsbereich	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
Fachärzte für Nervenheilkunde	Akupunktur	30790, 30791
	Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld	16231, 21231
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Sonographie III, Fachärztlicher Versorgungsbereich	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Psychosomatische Grundversorgung, Ubende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
Fachärzte für Neurologie	Sonographie III, Fachärztlicher Versorgungsbereich	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Behandlung neurologisch Kranker der Neurologen	16231, 16233

Anlage 3 zur Honorarvereinbarung ab 01.01.2011

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen für das Quartal I/2011

Stand 17.01.2011

Arztgruppe	Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungsposition des EBM	
Fachärzte für Diagnostische Radiologie oder Nuklearmedizin	CT	34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34360, 34502	
	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287	
	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	
	Mamma- Sonographie	33041	
	MRT	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460	
	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492	
	Osteodensitometrie	34600	
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	
	Teilnuklearmedizin	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17370, 17371, 17372, 17373	
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	
	Fachärzte für Orthopädie	Akupunktur	30790, 30791
		Chirotherapie	30200, 30201
		Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
Osteodensitometrie		34600	
Physikalische Therapie		30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		35100, 35110, 35111, 35113, 35120	
Rheumatologische Behandlung		18700	
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung		30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	
Sonographie I		33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	
Teilradiologie		34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	
Verordnung medizinischer Rehabilitation		01611	

Anlage 3 zur Honorarvereinbarung ab 01.01.2011

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen für das Quartal I/2011

Stand 17.01.2011

Arztgruppe	Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungsposition des EBM
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	Betreuung psychisch Kranker im sozialen Umfeld	21231
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
Fachärzte für Urologie	Proktologie und Behandlung von Hämorrhoiden	30600, 30601, 30610, 30611
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
		34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
	Teilradiologie	19310, 19311, 19312, 19331
Fachärzte für Physikalisch- Rehabilitative Medizin	Chirotherapie	30200, 30201
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503