Vereinbarung zur Honorierung
vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2017
mit Wirkung zum 1. Januar 2017

Die

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

(nachfolgend KVSH genannt)

- einerseits -

und

die Landesverbände der Krankenkassen

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

und

die Ersatzkassen

- BARMER
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein

(nachfolgend Krankenkassen/-verbände genannt)

- andererseits –

schließen unter Bezugnahme auf § 87 a Abs. 2 bis 6 SGB V die folgende Vereinbarung zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen ab 1. Januar 2017.

Inhaltsverzeichnis:

Teil A	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)
Teil B	Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
Teil C	Nicht vorhersehbarer, überproportionaler Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs
Teil D	Verschiedenes
Teil E	Inkrafttreten, Dauer

Anlagenverzeichnis:

Anlage 1	Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
Anlage 1a	MGV-Bereinigungsbetrag „ASV“
Anlage 2	Katalog der Nebenleistungen nach Honorarvereinbarung, Teil B, II., Nr. 18.)

Abkürzungen:

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

Präambel

Diese Vereinbarung regelt die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2017.

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

Teil A Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

1. Grundsätze

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

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

2. Berechnung des Behandlungsbedarfs

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

Hierzu wird die gemäß Beschluss Teil C des BWA in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch Beschluss des BWA in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 bzw. gemäß entsprechender Folgebeschlüssen vorliegende Datenlieferung der kassenseitigen Rechnungslegung in der Satzart KAS-SRG87aMGV_SUM verwendet.

Sollten die darin enthaltenen Summenangaben zum vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf und/oder zu den MGV-relevanten Versichertenzahlen aus Datenlieferungen der Krankenkassen einerseits und aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein andererseits nicht übereinstimmen, verständigen sich die jeweiligen Vertragspartner über die zur Beseitigung der Abweichungen anzusetzenden Differenzbeträge.
Sollte mindestens eine Krankenkasse/ein Vertragspartner Einspruch erheben, so werden die Vertragspartner ohne Nennung der Krankenkasse darüber informiert. Eine entsprechende Zwischenmeldung an alle Vertragspartner erfolgt bei einem endgültig gescheiterten Abstimmungsverfahren.
Das verbindliche Ergebnis des Abstimmungsverfahrens ist den Gesamtvertragspartnern von der KVSH unverzüglich nach Abschluss mitzuteilen.
Sofern über die Datengrundlagen keine Einigung erzielt werden kann, ist das Schiedsamt anzurufen.
In diesem Fall gilt als Aufsatzwert zunächst vorläufig die unstreitige Höhe des Behandlungsbedarfs bis zum rechtsgültigen Abschluss des Verfahrens.

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

3. Anpassung des Behandlungsbedarfs (vgl. Anlage 1)

3.1 Bereinigung des Behandlungsbedarfs

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

a) um die Leistungsmenge der Soziotherapie (GOP 30800, 30810 und 30811 EBM), welche gemäß Beschluss des eBWA (45. Sitzung) mit einer Abstaffelungsquote von 1 multipliziert wird. Die Bereinigung findet letztmalig in I/17 statt, vgl. hierzu Anlage 1.

b) um die Leistungsmengen aufgrund spezialfachärztlicher Versorgung gem. § 116b, Abs.6, Satz 13 ff. SGB V. Die hierzu vorliegenden verbindlichen Beschlüsse des BWA werden von den Vertragspartnern umgesetzt. Zudem erfolgt im Falle der Verlagerung von Leistungen des §116 b in der Altfassung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung eine entsprechende Veränderung der MGV („beidseitige Bereinigung"), vgl. hierzu Anlage 1a.

c) um die Leistungsmenge des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens im Rahmen des Bereinigungsverzichts (vgl. B-BWA, 383. Sitzung, Punkt 2.2.1.3 Absatz 2).

Die Bereinigungsregelungen wurden zwischen den Vertragspartnern ohne präjudizierende Wirkung getroffen.

3.2 Erhöhung des Behandlungsbedarfs

a) Gemäß B-BWA (378. Sitzung) erfolgt für die restlichen Quartale I/2017 – 3/2017 eine Anhebung der MGV um den erwarteten Mehrbedarf der GOP 34291 EBM. Der Erhöhungsbetrag ergibt sich aus dem durch die Bewertungserhöhung zusätzlich angenommenen Vergütungsvolumen der GOP 34291 EBM. Dazu wird der Betrag

der Bewertungserhöhung in Höhe von 92 Punkten mit der Anzahl der im entsprechenden Vorjahresquartal abgerechneten Leistungen multipliziert und zum Behandlungsbedarf (vgl. Anlage 1) hinzuaddiert.

Die Anzahl der abgerechneten Leistungen ergibt sich aus der Satzart ARZTRG87aKA_IK, hierbei werden nur die Leistungen innerhalb der MGV herangezogen.

b) Für die Vorjahresquartale des Jahres 2017 sind darüber hinaus noch die gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 43. Sitzung vom 22. September 2015 (Teil B), Schritt 6, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 380. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), ermittelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – vom Jahr 2015 bis zum jeweiligen Vorjahresquartal sowie um die Veränderung der jeweils verwendeten Versichertenzahl zwischen dem entsprechenden Quartal des Jahres 2016 und dem jeweiligen Vorjahresquartal fortentwickelt zu addieren.

3.3 Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Krankenkassen (Punktzahl)

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

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

Der nach Punkt 3.3 ermittelte Behandlungsbedarf wird nun entsprechend des Anteils der für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort in Schleswig-Holstein im Vorjahresquartal abgerechneten Leistungen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung, die im Abrechnungsquartal der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehören, an der für Versicherte aller Krankenkassen mit Wohnort in Schleswig-Holstein im Vorjahresquartal nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung insgesamt abgerechneten Leistungen, die im Abrechnungsquartal der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehören, auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt. Die abgerechneten Leistungen werden auf der Grundlage der Satzart ARZTRG87aKA_IK und ARZTRG87aNVI_IK bestimmt. Hierbei werden die Anpassungen analog zu Punkt 3. durchgeführt.

Der nach Punkt 3.3 ermittelte Behandlungsbedarf aller Krankenkassen wird hierfür mit dem zuvor bestimmten prozentualen Anteil je Krankenkasse multipliziert und anschließend um die Leistungsmenge des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens im Rahmen des Bereinigungsverzichts (vgl. B-BWA, 383. Sitzung, Punkt 2.2.2 i.V.m. B-BWA 372. Sitzung, Punkt 4.7, Absatz 7) erhöht.

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

5. Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

5.1 Behandlungsbedarf je Krankenkasse

Der sich nach Punkt 4 ergebende Behandlungsbedarf je Krankenkasse wird durch die Anzahl der Versicherten des jeweiligen entsprechenden Vorjahresquartals dividiert gemäß der Datenlieferungen ANZVER87a und mit der Anzahl der Versicherten des jeweiligen entsprechenden aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert gemäß der Datenlieferungen ANZVER87a.

Sofern eine Krankenkasse Versicherte mit Wohnsitz im Ausland hat, kann sich die Krankenkasse bzw. der jeweilige Gesamtvertragspartner mit der KVSH in einer gesonderten Vereinbarung über deren Berücksichtigung bei der Berechnung der MGV verständigen.

Die Vertragspartner vereinbaren die Lieferung der Anzahl der „besonderen Personengruppe „9" in der ANZVER87a. Diese Anzahl wird bei der Bestimmung der MGV jedoch nicht berücksichtigt (369. Sitzung BWA)."

5.2 Ausdeckelung aus der Gesamtvergütung

5.2.1 Neufassung / Weiterentwicklung der humangenetischen Laborleistungen

Gemäß B-BWA (372. Sitzung) erfolgt noch für die Quartale I/17 bis II/17 eine Bereinigung der Gesamtvergütung aufgrund der Neufassung / Weiterentwicklung der humangenetischen Laborleistungen, vgl. hierzu Anlage 1. Die quartalsmäßige Bereinigungssumme sowie die kassenseitige Aufteilung ergibt sich aus dem für die Vertragspartner verbindlichen Punkt 2 des B-BWA vom 11. März 2016 in der 372. Sitzung.

5.2.2. Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie

Für die Abrechnungsquartale des Jahres 2017 sind darüber hinaus noch die gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 43. Sitzung vom 22. September 2015 (Teil B), Schritt 6, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 380. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), ermittelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen vom Jahr 2015 bis zum Vorjahresquartal des jeweiligen Abrechnungsquartals sowie um die Veränderung der jeweils verwendeten Versichertenzahl zwischen dem entsprechenden Quartal des Jahres 2016 und dem jeweiligen Abrechnungsquartal fortentwickelt - zu subtrahieren.

5.2.3 Psychotherapeutische Gespräche

Für die Abrechnungsquartale II/2017 – I/2018 wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um die abgerechneten Leistungen der psychotherapeutischen Gespräche nach den GOP 22220 und 23220 aus den jeweiligen Vorjahresquartalen bereinigt. Die Berechnung der Bereinigungsbeträge erfolgt nach B-BWA in seiner 50. Sitzung vom 29. März 2017.

5.3 Erhöhung des Behandlungsbedarfs

Der sich nach Punkt 5.2 ergebende Behandlungsbedarf wird für das Jahr 2017 basiswirksam erhöht um:

0,834% gemäß § 87a IV Nr. 2 SGB V

5.4 Vereinbarter Punktwert

Die Vertragspartner vereinbaren den jeweils auf Bundesebene aktuell vom BWA festgelegten Orientierungswert (OW) als Punktwert zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen. Der sich nach Punkt 5.3 ergebende Behandlungsbedarf wird mit dem jeweils vereinbarten OW multipliziert. In 2017 beträgt der vereinbarte OW zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen 10,53 Cent.

5.5 Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Der sich nach Punkt 5.4 ergebende Betrag wird erhöht um

a) 1.011.507,36 Euro / 4 = 252.876,84 Euro € je Quartal für I/2017 – IV/2017 gemäß 1. Änderungsvereinbarung der Honorarvereinbarung 2014 – 2016, Punkt 1, Absatz 5. Die kassenseitige Aufteilung erfolgt gemäß den entsprechenden Anteilen an der Gesamt-Bereinigungssumme der GKV aus I/2015 – IV/2015 nach Teil A, 5.4.b) der Honorarvereinbarung 2014-2016.

b) 4,2 Mio. € gemäß § 87a Abs. 4a SGB V. Davon werden entsprechend der jeweiligen grundsätzlich verbindlichen Zielgrößen die Mittel wie folgt durch die KVSH verwendet:
   aa) Stärkung der Grundversorgung bei Haus- und Fachärzten in Form einer entsprechenden PZV-Anhebung (Zielgröße 2,5 Mio. €)
   bb) Strukturverbessernde Maßnahmen im Notdienst, Stabilisierung der ärztlichen Verfügbarkeit sowie zur Förderung von Vorläufermodellen bei Portalpraxen (Zielgröße 1 Mio. €)
   cc) Stärkung der fachärztlichen Grundversorgung (stabile Vergütung der Pauschale für fachärztliche Grundversorgung) (Zielgröße 300.000,- €) sowie
   dd) Förderung der ambulanten Schmerztherapie (Zielgröße 400.000,- €).

c) 2,129 Mio. € für die Förderung der ambulanten geriatrischen Versorgung.

Die KVSH berichtet den Krankenkassen/-verbänden jährlich über die quartalsweise Verwendung der oben unter b und c) benannten Mittel.

Die Aufteilung der unter b) und c) genannten Beträge auf die einzelnen Krankenkassen erfolgt anhand des unter Punkt 4. ermittelten prozentualen Anteils.

5.6 Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen

Der sich nach Punkt 5.5 ergebende Betrag wird um den Differenzbereinigungsbetrag für Selektivvertrags-Neueinschreiber und -Rückkehrer angepasst.

5.7 Nicht basiswirksame Erhöhung der MGV

Für das Jahr 2017 erfolgt mit Wirkung zum 1. Januar 2017 zusätzlich eine nicht basiswirksame Zahlung in Höhe von 1,5 Mio. € zur Förderung der ambulanten rheumatologischen Versorgung in Schleswig-Holstein. Im Jahr 2018 wird dieser Betrag mit der entsprechend anzuwendenden Veränderungsrate weiterentwickelt.

In 2017 entscheidet die KVSH alleinverantwortlich ohne Präjudiz über die konkrete Mittelverwendung. Die KVSH hat diese den anderen Vertragspartnern anzuzeigen.

Für 2018 einigen sich die Vertragspartner über die strukturelle Umsetzung einer zielgenaueren wirtschaftlicheren Versorgung der Versicherten. Die konkrete Ausgestaltung soll die Interessenlagen der Ärzte und Versicherten gleichermaßen berücksichtigen. Die konzeptionelle Umsetzung soll spätestens zum 01. Januar 2018 erfolgen. Sofern jedoch die Vertragsverhandlungen noch nicht abgeschlossen sind, kann die KVSH im eigenen Ermessen die bis dahin stattgefundene Förderung auch im Quartal I/2018 fortführen. Sollte auch für das anschließende Quartal II/2018 noch keine vertragliche Förderung bestehen, kann die KVSH nur mit Zustimmung der Krankenkassen die vorgenannte Förderung beibehalten. Die Entscheidung der Krankenkassen hierüber erfolgt unter Berücksichtigung des bis dahin bestehenden Verhandlungsstandes.

Ende 2018 werden die Vertragspartner gemeinsam die Zweckerreichung der bis dahin beurteilbaren Förderung der rheumatologischen Versorgung bewerten. Die Fortsetzung der finanziellen Förderung aus der MGV über 2018 hinaus sowie die Entscheidung über eine Basiswirksamkeit des Förderbetrags ab 2019 steht unter dem Vorbehalt einer Einigung im Sinne der Sätze 6 bis 9.

Die Aufteilung des zuvor genannten Betrags auf die einzelnen Krankenkassen erfolgt anhand des unter Punkt 4. ermittelten prozentualen Anteils.

6. Vergütung für Leistungen aus Vorquartalen

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

7. Kostenerstattung

Ausgaben der Krankenkassen für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 SGB V und nach § 53 Abs. 4 SGB V mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V sind nach Abschluss des jeweiligen Abrechnungsjahres auf die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß Teil A Ziffer 1 dieser Vereinbarung anzurechnen. Die konkrete Umsetzung nach § 13 Abs. 2 SGB V und nach § 53 Abs. 4 SGB V erfolgt bilateral zwischen der KVSH und der jeweiligen Krankenkasse.

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

8.1 Fusionen von Krankenkassen

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

8.2 Neugründungen von Krankenkassen

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

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

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

Teil B Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

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

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

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

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

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

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

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

2.) Durchführung von Vakuumbiopsien (GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854, 40855),

3.) Strahlentherapie (GOP 25210 bis 25342 sowie 40840 und 40841),

4.) Phototherapeutische Keratektomie (GOP 31362, 31734, 31735 und 40680),

5.) Leistungen der künstlichen Befruchtung (GOP 01510X bis 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08540 bis 08542, 08540X bis 08542X, 08550 bis 08552, 08550X bis 08552X, 08560, 08560X, 08561, 08561X, 08570 bis 08574, 08570X bis 08574X, 11301X, 11302X, 11351X, 11352X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X und 36822X sowie die vertraglich vereinbarten

Kostenpauschalen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X und 32781X.

6.) Dialysesachkosten (Abschnitt 40.14),

7.) Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nach der GOP 13622 zuzüglich der Sachkosten,

8.) Erst- und Folgeverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425 und 01426),

9.) Leistungen von nichtärztlichen Praxisassistenten (NäPa) nach den GOP 03060-03065 EBM,

10.) Leistungen zur spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922 , 30924, 32821und 32822,

11.) Substitutionsbehandlung nach den GOP 01950 bis 01952 (§ 87 a Abs. 3 Satz 5 SGB V) und diamorphingestützte Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger gemäß GOP 01955 und 01956 im Abschnitt 1.8 des EBM,

12.) Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis gemäß GOP 01833 im Rahmen der Empfängnisregelung nach Abschnitt 1.7.5 EBM,

13.) Balneophototherapie nach der GOP 10350 (entsprechend der Durchführungsempfehlung des BWA in seiner 225. Sitzung),

14.) Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe [Leistungen des Abschnitts 8.4]),

15.) Belegärztliche Begleitleistungen,

16.) Leistungen des Kapitels 31 sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,

17.) Operationen und stationsersetzende Eingriffe aus dem Katalog zum AOP-Vertrag nach § 115 b SGB V in der jeweils aktuellen Fassung, einschließlich Anästhesien, soweit diese Leistungen nicht in Nr. 16.) enthalten sind. Bei Kataloganpassung sind die Leistungen zu bereinigen.

18.) Nebenleistungen zu Operationen und stationsersetzenden Eingriffen aus dem Katalog zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V in der jeweils aktuellen Fassung sowie Nebenleistungen zu den entsprechenden Anästhesien, gemäß dem Katalog (Anlage 2 dieser Vereinbarung) in der jeweils aktuellen Fassung unter den dort genannten Voraussetzungen.
Die Abrechnung erfolgt über das Formblatt 3 unter der Kontenart 400, Kap. 85, Abschn. 2 - 4, bis zur Ebene 6.

19.) Betreuungsleistungen nach den GOP 16230 und 21230,

20.) Abschnitt 30.12 des EBM (spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA) als GOPs 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956,

21.) Neuropsychologische Therapie nach Abschnitt 30.11 EBM,

22.) Polysomnographie nach der GOP 30901,

23.) Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150) aller Arztgruppen,

24.) MRT-Angiographie (GOP 34470 bis 34492) und MRT-Mammographie (GOP 34431),

25.) Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 EBM sowie die GOP 04000[1], 04010[2], 04040 und 04230 EBM, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden. Dies gilt auch für sämtliche entsprechende Suffixe,

26.) Osteodensitometrische Untersuchung II (GOP 34601),

27.) Kapselendoskopie bei Erkrankung des Dünndarms (GOP 04528, 04529, 13425 und 13426),

28.) Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe (GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373), .

29.) PFG-Zuschläge gemäß GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222, 27222 EBM,

30.) GOP 04356 EBM (Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 04355 EBM für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung),

31.) GOP 40582 EBM,

32.) Leistungen der diagnostischen Positronenemissionstomographie (PET) und der diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) (GOPs des Abschnitts 34.7 sowie die Kostenpauschale 40584 EBM)

33.) Soziotherapie (GOP 30800, 30810 und 30811 EBM),

34.) umfangreiche humangenetische Analysen nach den GOP 11449, 11514,

35.) allgemeine Tumorgenetik nach den Leistungen des Abschnitt 19.4.2 EBM (bis 30.06.2020),

---

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

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

36.) Companion Diagnostic nach den Leistungen des Abschnitt 19.4.4 EBM,
37.) Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung nach den Leistungen des Abschnitts 30.13 EBM,
38.) Schriftliches wissenschaftlich begründetes ärztliches Gutachten zum Antrag des Versicherten auf Durchführung einer Mutationssuche nach den GOP 11304 und 19406 EBM,
39.) Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus nach der GOP 32865 EBM,
40.) Erweitertes Transplantations-Cross-Match nach der GOP 32911 EBM,
41.) Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen nach Kapitel 37 EBM,
42.) Delegationsfähige Leistungen nach den GOP 38200 und 38205 EBM,
43.) Kostenpauschale nach der GOP 40306 EBM,
44.) Leistungen im Zusammenhang mit der Erstellung/Aktualisierung eines Medikationsplans nach den Gebührenordnungspositionen 01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701 EBM,
45.) Elektronischer Arztbrief nach den GOP 86900 bis 86905,
46.) Telekonsiliarische Befundbeurteilung nach den GOP 34800, 34810, 34820 und 34821 EBM ab 01.04.2017,
47.) Videosprechstunde nach der GOP 01450 EBM ab 01.04.2017,
48.) Leistungen im Zusammenhang mit der kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten nach den GOP 03355, 04590 und 13360 EBM ab 01.04.2017,
49.) Versorgungspauschale Kindernephrologie nach der GOP 04563 EBM ab 01.04.2017,
50.) Leistungen im Rahmen der Psychotherapeutische Sprechstunde, der psychotherapeutischen Akutbehandlung nach den GOP 35151, 35152 ab 01.04.2017 sowie des Strukturzuschlags nach GOP 35254 EBM ab 01.04.2017 (der Strukturzuschlag 35254 ist befristet bis 30.06.2017) sowie
51.) Leistungen im Rahmen psychotherapeutischer Gespräche nach den GOP 22220 und 23220 EBM ab 01.04.2017 (befristet bis 31.12.2018).

Für die vorgenannt aufgeführten Leistungen gilt der jeweils nach dieser Vereinbarung gültige OW, soweit es sich nicht um Kostenpauschalen handelt oder in dieser Vereinbarung nichts anderes geregelt ist.
Sehen Empfehlungen der Bundesebene die außerbudgetäre Honorierung von neu in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenom-

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

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

Teil C Nicht vorhersehbarer, überproportionaler Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs

Eine Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2017 erfolgt gemäß Beschluss des BWA vom 31. August 2016 in der 382. Sitzung.

Teil D Verschiedenes

1. Abrechnungstransparenz

1.1 Alle abgerechneten GOP werden im Formblatt 3 mit Fallzahlen bis zur Ebene 6 ausgewiesen.

1.2 Im Formblatt 3 werden die sachlich-rechnerischen Berichtigungen aufgrund von Prüfungsmaßnahmen nach § 106d SGB V je Kontenart ausgewiesen. Eine weitere Aufbereitung dieser Daten kann durch die KVSH nur außerhalb des Formblatt 3 geschehen.
Ergänzend zur Ausweisung der Regresse Arznei-, Verband- und Heilmittel im Formblatt 3 werden auf jeweilige Anforderung der Kasse quartalsweise per Excel-Tabelle die Gut- bzw. Lastschriften nachvollziehbar dargelegt.

2. Ausweisung von Sonderverträgen im Formblatt 3

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

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

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

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

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

Rückflüsse aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder auf Grund nachgelagerter sachlich-rechnerischer Berichtigungen sind der jeweiligen Krankenkasse zu erstatten, wenn sie aus Leistungsbereichen stammen, die außerhalb der MGV zu vergüten sind.

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

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

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. Veränderte Rahmenbedingungen durch den Gesetz- bzw. Normgeber für honorarrelevante Bereiche führen zur Aufnahme von Gesprächen unter den Vertragspartnern.

Teil E Inkrafttreten, Dauer

1. Diese Vereinbarung gilt für den Vergütungszeitraum vom 01.01.2017 bis 31.12.2017 mit Ausnahme der Förderung der rheumatologischen Versorgung.

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

Bad Segeberg, den

21. Juni 2017

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

.....

(Unterschrift)

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

Kiel, den 28. JULI 2017

AOK NordWest - Die Gesundheitskasse -

.....

(Unterschrift)

Hamburg, den 13.09.2017

BKK-Landesverband NORDWEST

i.V. W. Herbig

.....

(Unterschrift)

Schwerin, den 22/09/2017

IKK Nord

i.A. St. Ehrig

.....

(Unterschrift)

Kiel, den 07.9.17

SVLFG als LKK

i. A. .....
(Unterschrift)

Hamburg, den

KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Nord, Hamburg

i. V. .....
(Unterschrift)

Kiel, den

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

.....
(Unterschrift)