

**Vereinbarung zur Honorierung
vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2018
mit Wirkung zum 1. Januar 2018**

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

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- 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 2018.

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. 17.)
Anlage 3	Förderung der rheumatologischen Versorgung
Anlage 3a	Befund- und Überleitungsbogen Rheumatologie für den Hausarzt

Abkürzungen:

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

Präambel

Diese Vereinbarung regelt die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2018.

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 B-BWA in seiner 369. Sitzung bzw. gemäß entsprechender Folgebeschlüsse vorliegende Datenlieferung der kassenseitigen Rechnungslegung in der Satzart KASSRG87aMGV_SUM verwendet.

Sollten die darin enthaltenen Summenangaben zum vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf und/oder zu den MGV-relevanten Versichertenzahlen aus Datenlieferungen der Krankenkassen einerseits und aus Datenlieferungen der KVSH andererseits nicht übereinstimmen, verständigen sich die jeweiligen Vertragspartner über die zur Beseitigung der Abweichungen anzusetzenden Differenzbeträge.

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

Das verbindliche Ergebnis des Abstimmungsverfahrens ist den Gesamtvertragspartnern von der KVSH unverzüglich nach Abschluss mitzuteilen.

Sofern über die Datengrundlagen keine Einigung erzielt werden kann, ist das Schiedsamt anzurufen.

In diesem Fall gilt als Aufsatzwert zunächst vorläufig die unstrittige Höhe des Behandlungsbedarfs bis zum rechtsgültigen Abschluss des Verfahrens.

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

3. Anpassung des Behandlungsbedarfs (vgl. Anlage 1)

3.1 Erhöhung und Bereinigung des Behandlungsbedarfs

Der unter Punkt 2. abgestimmte Behandlungsbedarf aller Krankenkassen wird um nachfolgende Punktmengen des jeweiligen Vorjahresquartals angepasst (vgl. Anlage 1):

a) Erhöhung aufgrund der Umsetzung des Wohnortprinzips

Aufgrund der Umstellung der Umsetzung des Wohnortprinzips bei den Ersatzkassen erfolgt in den Quartalen I/2018 bis IV/2018 eine basiswirksame Anpassung des Behandlungsbedarfs. Hierzu wird der Behandlungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals nach Punkt 2. entsprechend dem B-BWA in der 403. Sitzung um 0,04% **erhöht**.

b) Berücksichtigung Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie

Für die Vorjahresquartale des Jahres 2018 sind darüber hinaus die gemäß B-EBWA in seiner 43. Sitzung (Teil B), Schritt 6, geändert durch den B-BWA 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**.

c) Erhöhung um Hörgeräteversorgung

Gemäß des B-BWA in der 411. Sitzung wird der Behandlungsbedarf um den erwarteten Mehrbedarf der Bewertungserhöhung der GOP 09372 bis 09374 und 20372 bis 20374 EBM **erhöht**. Die Berechnung des Erhöhungsbetrags ergibt sich dabei aus dem B-BWA in der 411. Sitzung.

d) Bereinigung psychotherapeutische Gespräche

Gemäß B-BWA in seiner 407. Sitzung wird der Behandlungsbedarf um die Leistungsmenge der psychotherapeutischen Gespräche nach den GOP 22220 und 23220 EBM **bereinigt**. Die Bereinigung findet letztmalig im Quartal I/2018 Anwendung und erfolgt nach dem B-BWA in der 407. Sitzung.

e) Bereinigung Palliativmedizinische Versorgung

Gemäß B-BWA in der 408. Sitzung erfolgt eine **Bereinigung** des Behandlungsbedarfs um die GOP der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM. Die Bereinigung wird entsprechend des Beschlusses umgesetzt und findet in den Quartalen I/2018 – III/2018 statt.

f) Eindeckung NÄPa

Gemäß des B-BWA in der 402. Sitzung werden die Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen (nichtärztliche Praxisassistenten „NäPa“) nach den GOP 03060 bis 03065 EBM in die MGV überführt. Die **Erhöhung** des Behandlungsbedarfs erfolgt gemäß der im Beschluss genannten Vorgehensweise.

g) Eindeckung Soziotherapie

Gemäß des B-EBWA in der 45. Sitzung wird die Leistung der Hinzuziehung soziotherapeutischer Leistungserbringer nach der GOP 30800 in den Quartalen II/2018 – I/2019 in die MGV überführt. Die Erhöhung des Behandlungsbedarfs erfolgt gemäß der im Beschluss genannten Vorgehensweise mit dem Faktor 1.

h) Bereinigung HLA-Antikörperdiagnostik

Gemäß des B-BWA in der 402. Sitzung werden die GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943 sowie 32948 und 32949 zum 01.01.2018 in den EBM aufgenommen und extrabudgetär vergütet. In diesem Zusammenhang wird der Behandlungsbedarf gemäß des B-BWA in der 402. Sitzung um die Leistung der GOP 32530 EBM **bereinigt**. Die Bereinigung findet in den Quartalen I/2018 bis IV/2018 statt und erfolgt gemäß der im Beschluss genannten Vorgehensweise.

i) Bereinigung Verordnung von Rehabilitation

Gemäß des B-BWA in der 416. Sitzung erfolgt in den Quartalen II/2018 - I/2019 eine **Bereinigung** des Behandlungsbedarfs um die Leistung im Rahmen der Verordnung von Rehabilitation nach der GOP 01611 EBM. Dabei wird die Abstaffelungsquote entsprechend des o. g. Beschlusses auf eins gesetzt.

j) Erhöhung im Rahmen der Aufnahme von Leistungen zum Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotika-therapie

Gemäß des B-EBWA in der 54. Sitzung erfolgt in den Quartalen III/2018 – II/2019 jeweils eine **Erhöhung** des Behandlungsbedarfs um den im vorgenannten Beschluss aufgeführten Betrag.

k) Erhöhung im Rahmen der Aufnahme der Leistung zur Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter

Gemäß des B-BWA in der 417. Sitzung erfolgt in den Quartalen IV/2018 – III/2019 jeweils eine **Erhöhung** des Behandlungsbedarfs um den im vorgenannten Beschluss aufgeführten Betrag.

l) Bereinigung ASV

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

m) Berücksichtigung Bereinigungsverzicht

Der Behandlungsbedarf wird um die Leistungsmenge des voraussichtlichen Bereinigungsverzichts im Rahmen des Bereinigungsverzichts (vgl. B-BWA, 383. Sitzung, Punkt 2.2.1.3 Absatz 2) **bereinigt**.

Die Bereinigungsregelungen wurden zwischen den Vertragspartnern ohne präjudizierende Wirkung getroffen.

3.2 Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Krankenkassen (Punktzahl)

Die nach Punkt 3.1 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 3.2 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 MGV 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 MGV 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 3.1 durchgeführt.

Der nach Punkt 3.2 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 Berücksichtigung Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie

Für die Abrechnungsquartale des Jahres 2018 sind darüber hinaus noch die gemäß B-EBWA 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 je-

weiligen Abrechnungsquartals sowie um die Veränderung der jeweils verwendeten Versichertenzahl zwischen dem entsprechenden Quartal des Jahres 2016 und dem jeweiligen Abrechnungsquartal fortentwickelt - zu **subtrahieren**.

5.3 Erhöhung des Behandlungsbedarfs

Der sich nach Punkt 5.2 ergebende Behandlungsbedarf wird für das Jahr 2018 basiswirksam erhöht um:

0,3529% gemäß § 87a Abs. 4 Nr. 2 SGB V.

5.4 Vereinbarter Punktwert

Die Vertragspartner vereinbaren den jeweils auf Bundesebene aktuell vom BWA festgelegten OW als Punktwert zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen. Der sich nach Punkt 5.3 ergebende Behandlungsbedarf wird mit dem jeweils vereinbarten OW multipliziert. In 2018 beträgt der vereinbarte OW zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen 10,6543 Cent.

5.5 Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen

5.5.1 Gesamtbereinigungsmenge je Versicherter

Zur MGV sind weiterhin die für das aktuelle Abrechnungsquartal aktualisierten vertragsübergreifenden Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten der Krankenkasse, multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenzahl der Krankenkasse im Vorjahresquartal, zu addieren.

5.5.2 Differenzbereinigung

Der sich nach Punkt 5.5.1 ergebende Betrag wird um den Differenzbereinigungsbetrag für Selektivvertrags-Neueinschreiber und -Rückkehrer angepasst.

5.6 Nicht basiswirksame Erhöhung der MGV

5.6.1 Förderung der rheumatologischen Versorgung

Für das Jahr 2018 erfolgt als Fortführung aus der vorangegangenen Honorarvereinbarung 2017 für die Quartale I/2018 und II/2018 eine nicht basiswirksame Zahlung in

Höhe von insgesamt 752.646,75 € zur Förderung der ambulanten rheumatologischen Versorgung in Schleswig-Holstein.

5.6.2 Förderung einzelner fachärztlicher Grundpauschalen

Für die Zeit vom 01.01.2018 bis 31.12.2019 erfolgt eine nicht basiswirksame Anhebung der MGV um jeweils 1 Mio. € pro Jahr. Zur Förderung der fachärztlichen Erreichbarkeit werden aufgrund des festgestellten erhöhten Bedarfs dringender Behandlungstermine die folgenden Grundpauschalen auf den OW gestützt:

- GOP 22210, 22211, 22212, 23210, 23211, 23212 (Psychosomatisch und psychotherapeutisch-medizinische Grundpauschalen und Grundpauschale für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten)
- GOP 16210, 16211, 16212, 21213, 21214, 21215 (Neurologische Grundpauschalen und Grundpauschale für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie)
- GOP 21210-21212 (Psychiatrische Grundpauschale)

5.6.3 Aufteilung der Förderungen auf die einzelnen Krankenkassen

Die Aufteilung der zuvor genannten Beträge auf die einzelnen Krankenkassen erfolgt anteilig je Quartal anhand des unter Punkt 4. jeweils 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 MGV 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 MGV bei Fusionen und Neugründungen von Krankenkassen

8.1 Fusionen von Krankenkassen

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

8.2 Neugründungen von Krankenkassen

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

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

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

Teil B Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

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

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

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

schalen 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 zur spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922, 30924, 32821 und 32822,
- 10.) Substitutionsbehandlung nach den GOP 01950 bis 01952 (§ 87 a Abs. 3 Satz 5 SGB V), Take Home Vergabe gemäß der GOP 01949 und konsiliarische Untersuchung und Betreuung gemäß der GOP 01960 sowie diamorphingestützte Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger gemäß GOP 01955 und 01956 im Abschnitt 1.8 des EBM,
- 11.) Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis gemäß GOP 01833 im Rahmen der Empfängnisregelung nach Abschnitt 1.7.5 EBM,
- 12.) Balneophototherapie nach der GOP 10350 (entsprechend der Durchführungsempfehlung des B-BWA in seiner 225. Sitzung),
- 13.) Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe [Leistungen des Abschnitts 8.4 des EBM]),
- 14.) Belegärztliche Begleitleistungen,
- 15.) Leistungen des Kapitels 31 sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,
- 16.) Operationen und stationersetzende 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. 15.) enthalten sind. Bei Kataloganpassung sind die Leistungen zu bereinigen,
- 17.) Nebenleistungen zu Operationen und stationersetzenden 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,
- 18.) Betreuungsleistungen nach den GOP 16230 und 21230,

- 19.) Leistungen des Abschnitts 30.12 EBM (spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA als GOPs 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956),
- 20.) Neuropsychologische Therapie nach Abschnitt 30.11 EBM,
- 21.) Polysomnographie nach der GOP 30901,
- 22.) Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150) aller Arztgruppen,
- 23.) MRT-Angiographie (GOP 34470 bis 34492) und MRT-Mammographie (GOP 34431),
- 24.) Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 EBM sowie die GOP 04000¹, 04010², 04040 und 04230 EBM, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden. Dies gilt auch für sämtliche entsprechende Suffixe,
- 25.) Osteodensitometrische Untersuchung II (GOP 34601),
- 26.) Kapselendoskopie bei Erkrankung des Dünndarms (GOP 04528, 04529, 13425 und 13426),
- 27.) Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe (GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373),
- 28.) 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,
- 29.) GOP 04356 (Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung),
- 30.) GOP 40582 (Kostenpauschale Radium-223-dichlorid),
- 31.) Leistungen der diagnostischen Positronenemissionstomographie (PET) und der diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) (GOPs des Abschnitts 34.7 EBM sowie die Kostenpauschale 40584),
- 32.) Soziotherapie (GOP 30800 bis 31.03.2018, GOP 30810 und 30811),
- 33.) umfangreiche humangenetische Analysen nach den GOP 11449, 11514,
- 34.) allgemeine Tumorgenetik nach den Leistungen des Abschnitt 19.4.2 EBM (bis 30.06.2020),
- 35.) Companion Diagnostic nach den Leistungen des Abschnitt 19.4.4 EBM,

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.) Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung nach den Leistungen des Abschnitts 30.13 EBM,
- 37.) Schriftliches wissenschaftlich begründetes ärztliches Gutachten zum Antrag des Versicherten auf Durchführung einer Mutationssuche nach den GOP 11304 und 19406,
- 38.) Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus nach der GOP 32865,
- 39.) Erweitertes Transplantations-Cross-Match nach der GOP 32911,
- 40.) Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen nach Kapitel 37,
- 41.) Delegationsfähige Leistungen nach den GOP 38200, 38202, 38205 und 38207,
- 42.) Kostenpauschale nach der GOP 40306,
- 43.) 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,
- 44.) Elektronischer Arztbrief nach den GOP 86900 und 86901,
- 45.) Telekonsiliarische Befundbeurteilung nach den GOP 34800, 34810, 34820 und 34821,
- 46.) Videosprechstunde nach der GOP 01450,
- 47.) Leistungen im Zusammenhang mit der kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten nach den GOP 03355, 04590 und 13360,
- 48.) Versorgungspauschale Kindernephrologie nach der GOP 04563,
- 49.) Leistungen im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde und der psychotherapeutischen Akutbehandlung nach den GOP 35151 und 35152,
- 50.) Leistungen im Rahmen psychotherapeutischer Gespräche nach den GOP 22220 und 23220 (befristet bis 31.12.2018),
- 51.) Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Kapitel 37 Abschnitt 3 EBM,
- 52.) Palliativmedizinische Leistungen gemäß der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM,
- 53.) Epilation mittels Lasertechnik nach den GOP 02325, 02326, 02327, 02328,
- 54.) Leistungen im Rahmen der Verordnung von Cannabis nach den GOP 01460, 01461 und 01626,
- 55.) Leistungen im Rahmen der HLA-Antikörperdiagnostik nach den GOP 32915-32918, 32939-32943 sowie 32948 und 32949,
- 56.) Leistungen im Rahmen des Notfalldatenmanagements nach den GOP 01640, 01641 und 01642,
- 57.) Leistungen im Rahmen der transurethralen Botulinumtoxin-Therapie nach den GOP 08312, 08313, 26316, 26317, 40161 sowie GOP 08311, 26310 und

26311, die in derselben Sitzung mit den GOP 08312 oder 26316 erbracht werden,

58.) Leistungen im Rahmen der Verordnung von Rehabilitation nach der GOP 01611 ab dem 01.04.2018,

59.) Leistungen zur Diagnostik zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie nach den GOP 32459, 32774 und 32775 ab dem 01.07.2018.

III. Förderung der rheumatologischen Versorgung

Die Förderung der ambulanten rheumatologischen Versorgung in Schleswig-Holstein erfolgt gemäß Anlage 3 dieser Vereinbarung ab III/2018 außerhalb der MGV.

Die Vertragspartner vereinbaren für die Finanzierung der hausärztlichen Leistung eine Gesamtsumme in Höhe von 1 Mio. € jährlich. Für die Quartale III und IV/2018 wird eine Gesamtsumme in Höhe von 500.000 € vereinbart. Nicht-ausgeschöpfte Mittel können ins Folgequartal übertragen werden. Nicht-ausgeschöpfte Mittel am Ende des Abrechnungsjahres 2018 verbleiben bei der KVSH. Diese nicht-ausgeschöpften Mittel werden von der KVSH kalenderjahresbezogen entsprechend des unter Teil A Punkt 4 für das vierte Quartal 2018 ermittelten prozentualen Anteils von den Krankenkassen angefordert und den Rücklagen im hausärztlichen Versorgungsbereich entsprechend zugeführt.

Sollte die Summe der abgeforderten Leistungen die vereinbarte Förderungssumme überschreiten, stellt die KVSH den kassenseitig quotierten Betrag entsprechend über Formblatt 3 in Rechnung.

Die Vertragspartner vereinbaren für die Finanzierung der Leistungen der Rheumatologen eine Gesamtsumme in Höhe von bis zu 1,5 Mio. € jährlich. Für die Quartale III und IV/2018 wird somit eine Gesamtsumme von bis zu 750.000 € vereinbart. Über die Verwendung des eventuellen Differenzbetrages zwischen den abgerechneten Leistungen und der Summe von 750.000 € werden sich die Vertragspartner verständigen.

Sollte die Summe der abgeforderten Leistungen die vereinbarte Förderungssumme überschreiten, stellt die KVSH den kassenseitig quotierten Betrag entsprechend über Formblatt 3 in Rechnung.

IV. Allgemeine Regelungen für die vorgenannten Leistungsbereiche

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 aufgenommenen 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 2018 erfolgt gemäß B-BWA in der 400. 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 Formblatts 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 KVSH mit der Quartalsabrechnung bekannt zu geben. Die Zuzahlungsbeträge sind je Quartal entsprechend der zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband neu konzipierten Formblatt 3- Inhaltsbeschreibung mit der Gesamtvergütung kassenspezifisch zu verrechnen.

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

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

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

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

6. Salvatorische Klausel

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

relevante Bereiche führen zur Aufnahme von Gesprächen unter den Vertragspartnern.

Teil E Inkrafttreten, Dauer

1. Diese Vereinbarung gilt für den Vergütungszeitraum vom 01.01.2018 bis 31.12.2018 mit Ausnahme der Förderung der rheumatologischen Versorgung (Teil B, III.) und der Förderung der fachärztlichen Grundpauschalen (Teil A, 5.6.2).
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
08. Juni 2018

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein



.....
(Unterschrift)



Kiel, den 25.06.2018

AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse -



.....
(Unterschrift)



Hamburg, den

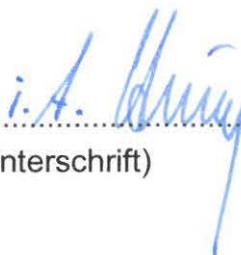
BKK-Landesverband NORDWEST



.....
(Unterschrift)

Schwerin, den

IKK Nord



.....
(Unterschrift)

Kiel, den 13. 8. 18

SVLFG als LKK


.....
(Unterschrift)

Hamburg, den

Knappschaft
Regionaldirektion Nord, Hamburg


.....
(Unterschrift)

Kiel, den

12. III | 2018

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


.....
(Unterschrift)