

**Vereinbarung zur Honorierung
vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2023 und 2024
mit Wirkung zum 1. Januar 2023**

Die

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

(nachfolgend KVSH genannt)

- einerseits -

und

die Landesverbände der Krankenkassen

- AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.
- BKK-Landesverband NORDWEST
- IKK – Die Innovationskasse
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK)
- 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 die Leiterin 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 2023.

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. 16.)
Anlage 3	Förderung der rheumatologischen Versorgung
Anlage 3a	qualifizierter Arztbrief/Befund- und Überleitungsbogen Rheumatologie für den Hausarzt
Anlage 4	Gekennzeichnete Leistungen im Verzeichnis nach § 59 BMV-Ä

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
TSS	Termin-Servicestelle
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde die generisch maskuline Form gewählt. Diese Vereinbarung und ihre Anlagen bezieht sich geschlechtsunabhängig in gleicher Weise auf alle Menschen.

Präambel

Diese Vereinbarung regelt die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2023 und 2024.

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 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 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) Bereinigung im Rahmen der Übersendung von elektronischen Arztbriefen

Die Bereinigung erfolgt nach dem B-BWA in der 480. Sitzung – hieraus ergeben sich die Bereinigungsbeträge für die Quartale (1/2021 bis 2/2023).

b.) Erhöhung im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der direkten Erregernachweise in der Mikrobiologie im Abschnitt 32.3

In den Abrechnungsquartalen 3/2022 bis 2/2023 wird die MGV gemäß B-BWA in der 596. Sitzung um folgende Beträge basiswirksam erhöht:

Abrechnungsquartal 3/2022: 373.690 Punkte

Abrechnungsquartal 4/2022: 390.343 Punkte

Abrechnungsquartal 1/2023: 514.124 Punkte

Abrechnungsquartal 2/2023: 340.586 Punkte

c.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der GOP 32866 (Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus vor der Gabe von Siponimod bei sekundär progredienter Multipler Sklerose)

Bei der Überführung der Leistungen nach der GOP 32866 gemäß B-BWA in der 592. Sitzung in die MGV in den Quartalen 4/2022 bis 3/2023 ist das vom Bewertungsausschuss in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, geändert durch den B-BWA in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechender Folgebeschlüsse, unter Nr. 2.2.1.2 beschlossene Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung an-zuwenden. Dabei wird die KV-spezifische Abstaffelungsquote in Nummer 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt.

d.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Verordnung der Psychotherapie (GOP 30810 und 30811)

Bei der Überführung der Leistungen nach den GOP 30810 und 30811 gemäß B-BWA 516. Sitzung sowie B-EBWA in der 45. Sitzung in die MGV in den Quartalen 4/2022 bis 3/2023 ist das vom Bewertungsausschuss in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, geändert durch den B-BWA in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechender Folgebeschlüsse, unter Nr. 2.2.1.2 beschlos-

sene Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung anzuwenden. Dabei wird die anzuwendende Abstufungsquote in Nummer 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt.

e.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung des Zweitmeinungsverfahrens für Schulterarthroskopie

Gemäß B-BWA in der 430. Sitzung erfolgt die Überführung der GOP 01645C (Zweitmeinungsverfahren Schulterarthroskopie) sowie der entsprechenden Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM ab dem Quartal I/2023 in die MGV.

Dabei ist das vom Bewertungsausschuss beschlossene Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Beschlusses zu Aufsatzwertvorgaben in der 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechender Folgebeschlüsse, anzuwenden, wobei die KV-spezifische Abstufungsquote in Nummer 2.2.1.2, Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt wird.

f.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der humangenetischen Leistungen nach den GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236

Bei der Überführung der Leistungen nach den GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236 gemäß B-BWA in der 448. Sitzung in die MGV in den Quartalen 1/2023 bis 4/2023 wird das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der MGV gem. Nr. 2.2.1.2 des B-BWA in seiner 383. Sitzung, zuletzt geändert durch den B-BWA in seiner 441. Sitzung bzw. entsprechender Folgebeschlüsse zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile einzelner Krankenkassen angewendet.

g.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der allgemeinen Tumorgenetik nach den Leistungen des Abschnitts 19.4.2 EBM

In den Quartalen 3/2023 bis 2/2024 erfolgt die Überführung von Leistungen nach den GOP des Abschnitts 19.4.2 EBM in die MGV gem. B-BWA in seiner 372. und 448. Sitzung. Die Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs erfolgt in diesem Fall gemäß dem geltenden Beschluss des BWA zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V.

h.) Bereinigung im Rahmen der Ausdeckelung der Strahlentherapie, Kapitel 25 EBM (ausgenommen Hygienezuschlag gem. GOP 25215)

Gemäß B-BWA in seiner 513. Sitzung wird am Ende der Feststellung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal gemäß Nummer 2.2.1.2 des B-BWA in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den B-BWA in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen bzw. in entsprechenden Folgebeschlüssen dieser in den jeweiligen KV-Bezirken für jedes der vier Abrechnungsquartale des Jahres 2023 basiswirksam um die Punktzahl reduziert, die sich aus der Summe der Größen aa) und bb) wie folgt ergibt:

aa) Die jeweiligen Punktzahlen aus Nr. 2 bis 5 des B-BWA in der 513. Sitzung sind um die für die Jahre 2021 und 2022 im jeweiligen KV-Bezirk vereinbarten Raten der Morbiditätsstrukturveränderung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu erhöhen, mit der Zahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im Jahr 2022 zu multiplizieren und durch die Zahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im Jahr 2021 zu dividieren.

bb) Die jeweiligen Punktzahlen, die sich aus der Berechnung nach Nr. 7 des B-BWA in der 513. Sitzung ergeben, sind um die für das Jahr 2022 im jeweiligen KV-Bezirk vereinbarte Rate der Morbiditätsstrukturveränderung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu erhöhen.

i) 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.

j) Berücksichtigung Bereinigungsverzicht

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

Die Bereinigungsregelungen wurden zwischen den Vertragspartnern ohne präjudizierende Wirkung getroffen.

k.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der TSVG-Neupatienten

Gemäß § 87a Abs. 3 S. 14 SGB V sowie B-BWA in der 623. Sitzung erfolgt eine Rückführung der Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Sätze 7 bis 12 SGB V bezogen auf

die in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V genannten Leistungen (TSVG-Konstellation Neupatient). Diese Anhebung der MGV erfolgt in den Quartalen 1/2023 bis 4/2023 und wird am Ende der Feststellung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal des Korrekturquartals gemäß Nr. 2.2.1.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 598. Sitzung, bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen basiswirksam hinzuaddiert.

I) Ausgleich des Kassenwechslereffekts

Gemäß B-BWA in der 607. Sitzung erfolgt in den Quartalen 1/2023 bis 4/2023 eine basiswirksame **Anhebung** des Behandlungsbedarfs um jeweils 0,0140 %.

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, bzw. gemäß entsprechender Folgebeschlüsse) **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 Erhöhung des Behandlungsbedarfs

Der sich nach Punkt 5.1 ergebende Behandlungsbedarf wird für das Jahr 2023 basiswirksam erhöht um:

0,2039 % gemäß § 87a Abs. 4 Nr. 2 SGB V,

5.3 Vereinbarer Punktwert

Die Vertragspartner vereinbaren den jeweils auf Bundesebene aktuell vom BWA festgelegten OW als Punktwert zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen. Der sich nach Punkt 5.2 ergebende Behandlungsbedarf wird mit dem jeweils vereinbarten OW multipliziert. In 2023 beträgt der vereinbarte OW zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen gemäß E-B-BWA 77. Sitzung 11,4915 Cent.

5.4 Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen

5.4.1 Gesamtbereinigungsmenge je Versicherten

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.

5.4.2 Differenzbereinigung

Der sich nach Punkt 5.4.1 ergebende Betrag wird um den Differenzbereinigungsbetrag für Selektivvertrags-Neueinschreiber und -Rückkehrer angepasst.

5.5 Nicht basiswirksame Anpassung der MGV

5.5.1 Nicht-basiswirksame Erhöhung im Rahmen des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund Atemwegserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Gemäß B-BWA in seiner 633. Sitzung erfolgt in den Abrechnungsquartalen 4/2022 und 1/2023 eine nicht basiswirksame Erhöhung der MGV um insgesamt 1.304.908 Euro.

Die GOP 01110 EBM wird im Quartal 4/2022 zum regionalen OW vergütet. Im Quartal 1/2023 erfolgt von der KVSH ggf. eine Quotierung bei der ärztlichen Vergütung dieser GOP. Die Aufteilung des Gesamtbetrages erfolgt somit in 4/2022 entsprechend der abgerechneten Leistung nach der GOP 01110 EBM; in 1/2023 wird die verbleibende Differenz zum Gesamtbetrag kassenseitig angefordert.

Die Aufteilung auf die Krankenkassen erfolgt nach dem jeweiligen kassenspezifischen Anteil der Altersgruppe „unter 15“ Jahre gemäß den Versichertenzahlen der amtlichen KM6-Statistik.

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. Hiervon umfasst sind lediglich einzelne (in der Regel noch nicht abgerechnete) Behandlungsfälle aus Vorquartalen, welche gemäß der Honorarabrechnungsordnung nachträglich eingereicht wurden.

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, ggf. 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 a.F.,
- d) Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß §§ 137f - g SGB V und
- e) Verträge zur besonderen Versorgung gemäß § 140a 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.) Phototherapeutische Keratektomie (GOP 31362, 31734, 31735 und 40680),
- 4.) Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP,
01510X bis 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08535 bis 08540, 08535X bis 08540X 08550, 08550X, 08555, 08555X, 08558, 08558X, 08575, 08575X, 08576, 08576X, 11301X, 11302X, 11351X, 11352X, 11501X bis 11503X, 11506X, 11508X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X und 36822X sowie der Kostenpauschalen 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32614X, 32618X, 32660X und 32781X,

- 5.) Dialysesachkosten (Abschnitt 40.14),
- 6.) Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nach der GOP 13622 zuzüglich der Sachkosten,
- 7.) Erst- und Folgeverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425 und 01426),
- 8.) Leistungen zur spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922, 30924 und 32821,
- 9.) Substitutionsbehandlung nach den GOP 01950 bis 01952 sowie die GOP 01953 (§ 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 diarmorphingestützte Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger gemäß GOP 01955 und 01956 im Abschnitt 1.8 des EBM,
- 10.) Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis gemäß GOP 01833 im Rahmen der Empfängnisregelung nach Abschnitt 1.7.5 EBM,
- 11.) Balneophototherapie nach der GOP 10350 (entsprechend der Durchführungsempfehlung des B-BWA in seiner 225. Sitzung),
- 12.) Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe [Leistungen des Abschnitts 8.4 des EBM]),
- 13.) Belegärztliche Begleitleistungen,
- 14.) Leistungen des Kapitels 31 sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,
- 15.) 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. 14.) enthalten sind. Bei Kataloganpassung sind die Leistungen zu bereinigen,
- 16.) 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,
- 17.) Betreuungsleistungen nach den GOP 16230 und 21230,
- 18.) Leistungen des Abschnitts 30.12 EBM (spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA als GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956,

- 19.) Neuropsychologische Therapie nach Abschnitt 30.11 EBM,
- 20.) Polysomnographie nach der GOP 30901,
- 21.) Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150) aller Arztgruppen,
- 22.) MRT-Angiographie (GOP 34470 bis 34492) und MRT-Mammographie (GOP 34431),
- 23.) Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 EBM (ausgenommen sind die GOP 04567 und 13603) sowie die GOP 04000¹, 04010², 04040, 04230 und die GOP 04231 EBM, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden. Dies gilt auch für sämtliche entsprechende Suffixe,
- 24.) Osteodensitometrische Untersuchung II (GOP 34601),
- 25.) Kapselendoskopie bei Erkrankung des Dünndarms (GOP 04528, 04529, 13425 und 13426),
- 26.) Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe (GOP 06334, 06335, und 36371 bis 36373),
- 27.) 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,
- 28.) GOP 04356 (Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung),
- 29.) GOP 40582 (Kostenpauschale Radium-223-dichlorid),
- 30.) Leistungen der diagnostischen Positronenemissionstomographie (PET) und der diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) (GOP des Abschnitts 34.7 EBM sowie die Kostenpauschale 40584),
- 31.) allgemeine Tumorgenetik nach den Leistungen des Abschnitts 19.4.2 EBM (bis 30.06.2023),
- 32.) Companion Diagnostic nach den Leistungen des Abschnitts 19.4.4 EBM,
- 33.) Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung nach den Leistungen des Abschnitts 30.13 EBM,
- 34.) Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus nach der GOP 32865 sowie zur Bestimmung des UDP-Glucuronosyltransferase 1A1 (UGT1A1) Metabolisierungsstatus nach der GOP 32868,
- 35.) Erweitertes Transplantations-Cross-Match nach der GOP 32911,

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.) Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen nach Kapitel 37 Abschnitt 2 EBM,
- 37.) Delegationsfähige Leistungen nach den GOP 38200, 38202, 38205 und 38207,
- 38.) Kostenpauschale nach der GOP 40306,
- 39.) 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,
- 40.) Elektronischer Arztbrief nach den GOP 86900 und 86901 sowie III/2020 bis II/2023 die Strukturförderpauschale nach der GOP 01660,
- 41.) Telekonsiliarische Befundbeurteilung nach den GOP 34800, 34810, 34820 und 34821,
- 42.) Videosprechstunde nach den GOP 01450, 01442 und 01444 (die GOP 01442 ist befristet bis zum 31.12.2023 und die GOP 01444 ist befristet bis zum 31.12.2023,
- 43.) Leistungen im Zusammenhang mit der kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten nach den GOP 03355, 04590 und 13360,
- 44.) Versorgungspauschale Kinderneurologie nach der GOP 04563,
- 45.) Leistungen im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde und der psychotherapeutischen Akutbehandlung nach den GOP 35151 und 35152,
- 46.) Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Kapitel 37 Abschnitt 3 EBM,
- 47.) Epilation mittels Lasertechnik nach den GOP 02325, 02326, 02327, 02328,
- 48.) Leistungen im Rahmen der Verordnung von Cannabis nach der GOP 01626,
- 49.) Leistungen im Rahmen der HLA-Antikörperdiagnostik nach den GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943 sowie 32948 und 32949,
- 50.) Leistungen im Rahmen des Notfalldatenmanagements nach den GOP 01640, 01641 und 01642,
- 51.) 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,
- 52.) Leistungen im Rahmen der Verordnung von Rehabilitation nach der GOP 01611 bis 31.12.2023 sowie der GOP 01613,
- 53.) Leistungen im Rahmen der hyperbaren Sauerstofftherapie nach den GOP 30210, 30212, 30216 und 30218,
- 54.) Leistungen im Rahmen der Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve nach den GOP 34298 und 40301,
- 55.) Leistungen im Rahmen der Einrichtungsbefragung im Rahmen der Qualitätssicherung zur Vermeidung nosokomialer Infektionen gemäß GOP 01650,

- 56.) Sachkosten nach den nachfolgenden Sachverhalten:
99014B - Dialysesachkosten Patientenheimversorgung
99014C - Transport Schnellschnitt
99014D - Transport Kreuzblut (Blutkonserve und Probe)
99014E - Pauschalhonorar für ermächtigte Ärzte zur ärztlichen Versorgung von Wachkoma-Patienten der Phase F
99014F - Transportkosten broncho-alveoläre Lavage,
- 57.) Leistungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens gemäß GOP 01645 (ohne Suffix A, B bzw. C) sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM,
- 58.) Leistungen im Rahmen der Versorgungsplanung nach § 132g Abs. 3 SGB V gemäß der GOP 37400,
- 59.) Leistungen im Rahmen der Extrakorporalen Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz gemäß der GOP 30440,
- 60.) Hornhautvernetzung mit Riboflavin nach den GOP 06362 und 40681
- 61.) Leistungen im Arztgruppenfall der im (E) B-BWA in der 439., 441., 444., 452. bzw. entsprechender Folgebeschlüsse sowie in der 79. Sitzung genannten TSVG-Konstellationen:
- a.) Vermittlung durch die Termin-Service-Stelle („TSS-Terminfall“)
 - b.) Leistungen eines an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers aufgrund der Terminvermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers („Hausarzt-Vermittlungsfall“)
 - c.) „offene Sprechstunde“
 - d.) „TSS-Akutfall“
 - e.) Zuschläge zum „TSS-Terminfall“, zum „Hausarzt-Vermittlungsfall“ und zum „TSS-Akutfall“ gemäß B-BWA in der 439. Sitzung und gemäß entsprechender Folgebeschlüsse sowie in der 79. Sitzung,
- 62.) HIV-Präexpositionsprophylaxe nach dem EBM-Abschnitt 1.7.8 bis 31.12.2023,
- 63.) Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA nach der GOP 32850 bis 31.12.2023,
- 64.) Optische Kohärenztomographie nach den GOP 06336 bis 06339,
- 65.) Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion beim Lipödem Stadium III nach der GOP 40165,
- 66.) Biomarkerbasierte Tests beim primären Mammakarzinom nach den GOP 08347, 13507,
- 67.) Nachweis/Ausschluss von Mutationen nach der GOP 11601,
- 68.) Nukleinsäurenachweis des neuartigen Coronavirus nach der GOP 32816,
- 69.) FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab nach den GOP 04538, 13678 und 40167,
- 70.) Kostenpauschalen für endoskopische Zusatzinstrumente nach den GOP 40460, 40461 und 40462, wenn sie im Zusammenhang mit der Durchführung

der Leistungen nach den GOP 01741, 01742, 04514, 04515, 04520, 08311T, 13421, 13422, 13423, 13430, 26310T oder 26311T, jeweils einschließlich Suffixes, abgerechnet werden,

- 71.) Vakuumversiegelung nach den GOP 02314, 40900 bis 40903,
- 72.) Leistungen im Rahmen der Genotypisierung zur Bestimmung des DPD-Metabolisierungsstatus nach der GOP 32867,
- 73.) Direktnachweis von SARS-CoV-2 mittels Antigentest nach GOP 32779,
- 74.) Leistungen im Rahmen vertragsärztlicher und sektorenübergreifender Telekonsile gemäß der Telekonsilien-Vereinbarung nach den GOP 01670 bis 01672,
- 75.) Kostenpauschalen postalische Versendung nach den GOP 40128 und 40129,
- 76.) Leistungen im Rahmen der TumortheraPIefelder (TTF) zur Behandlung des Glioblastoms nach dem neu aufgenommenen Abschnitt 30.3.2 EBM,
- 77.) Zuschlag für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung komplexer genetischer Analysen im individuellen klinischen Kontext bei seltenen Erkrankungen nach der GOP 11302 bis einschließlich Quartal IV/2023,
- 78.) Zusatzpauschalen für Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit der ePA nach den GOP 01431 und 01647,
- 79.) Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) somnio nach der GOP 01471,
- 80.) Leistungen im Zusammenhang mit der Anwendung von monoklonalen Antikörpern bei Covid-19 (Monoklonale-Antikörper-Verordnung – MAKV) nach der GOP 88400 bis 88403 bis zum 07.04.2023,
- 81.) Sektorenübergreifende Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte nach der GOP 01648, zunächst befristet bis zum 31.12.2023,
- 82.) Leistungen des EBM-Abschnitts 8.6 und der Kostenpauschalen des EBM Abschnitts 40.12 im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe,
- 83.) Leistungen nach den GOP 01510 bis 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08575, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33064, 33090, 36272, 36503 und 36822 sowie den GOP 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781 im Zusammenhang mit Leistungen der Kryokonservierung (Kennzeichnung dieser Begleitleistungen durch den Arzt mit Suffix K),
- 84.) Infusionstherapie mit Sebelipase alfa nach der GOP 02102,
- 85.) Biomarkerbasierte Tests nach den GOP 19503 und 19505,
- 86.) LDR-Brachytherapie nach den GOP 25335 und 25336,
- 87.) Unterkieferprotrusionsschiene bei Schlafapnoe nach den GOP 30902 und 30905 sowie Leistungen nach den GOP 30900 und 30901 im Zusammenhang mit den GOP 30902 und 30905,

- 88.) Probatorische Sitzungen im Gruppensetting nach den GOP 35163 bis 35169,
- 89.) Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung nach den GOP 35173 bis 35179,
- 90.) Leistungen nach den GOP 01410 und 01413 in Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gem. § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie,
- 91.) Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des Oncotype DX Breast Recurrence Score® nach der GOP 19506,
- 92.) Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken nach den GOP 01540 bis 01545 EBM,
- 93.) Telemonitoring Herzinsuffizienz nach den GOP 03325, 03326, 04325, 04326, 13578, 13579, 13583 bis 13587 und 40910,
- 94.) Beratung zur Organ- und Gewebespende nach GOP 01480,
- 95.) Vergütung der Verlaufskontrolle und Auswertung einer vorläufigen DiGA nach der GOP 86700 sowie die Erstverordnung einer vorläufigen DiGA durch Kinderärzte nach der GOP 86701,
- 96.) Orale Hyposensibilisierungsbehandlung bei Erdnussallergie nach den GOP 30133 und 30134,
- 97.) Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der DiGA Vivira nach der GOP 01472,
- 98.) Leistungen der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Komplexversorgung nach Abschnitt 37.5 EBM sowie die Leistungen nach den GOP 22220 und 23220, die häufiger als 15-mal und bis zum gemäß EBM geltenden Höchstwert im Behandlungsfall im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.5 abgerechnet werden,
- 99.) Leistungen im Zusammenhang mit der außerklinischen Intensivpflege gem. AKI-RL nach den GOP 37700, 37701, 37704 bis 37706 und 37714,
- 100.) Leistungen nach den GOP 09315 und 13662 im Zusammenhang mit der Durchführung einer Erhebung gem. § 5 der AKI-RL über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Suffix A),
- 101.) Leistungen im Zusammenhang mit der außerklinischen Intensivpflege gem. AKI-RL nach den GOP 37710, 37711 und 37720,
- 102.) Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der DiGA zana-dio nach der GOP 01473,
- 103.) Leistungen des Kapitels 25 (Strahlentherapie); ausgenommen der GOP 25215 (Hygienezuschlag),
- 104.) Nukleinsäurenachweis von Orthopoxviren nach der GOP 32810.

III. Förderungswürdige Leistungen

1. Förderung der rheumatologischen Versorgung

Gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V i. V. m. B-BWA in der 456. Sitzung erfolgt in 2023 und 2024 die Förderung der ambulanten rheumatologischen Versorgung in Schleswig-Holstein gemäß Anlage 3 dieser Vereinbarung außerhalb der MGV.

2. Förderung belegärztlicher Geburten

Gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V i. V. m. B-BWA in der 433. Sitzung Teil B erfolgt in 2023 und 2024 die Förderung der belegärztlichen Geburt in Schleswig-Holstein außerhalb der MGV.

Die GOP 08411 EBM erhält im belegärztlichen Fall einen extrabudgetären Zuschlag in Höhe von 52 Euro je Leistung.

Der Zuschlag wird mit der Pseudo-GOP 90402A im Formblatt 3 bis zur 6. Ebene mit Angabe der Fallzahl ausgewiesen.

3. Förderung Kinder-MRT

Gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V i.V.m. B-BWA in der 456. Sitzung erfolgt in Schleswig-Holstein in 2023 und 2024 eine Förderung von MRT-Untersuchungen (Kapitel 34.4 EBM) ohne Sedierung bzw. ohne Narkose bei Kindern zwischen 0 und 6 Jahre. Diese Förderung wird als extrabudgetärer Zuschlag (Pseudo-GOP 90402B) in Höhe von 200 Euro einmal im Behandlungsfall vergütet. Gefördert werden ausschließlich Kinderradiologen.

Die Versorgungssituation stellt sich in Schleswig-Holstein wie folgt dar: Kinder unter 6 Jahren, vor allem unter 2 Jahren, werden nur in Einzelfällen ambulant im MRT untersucht. Ambulant findet die Untersuchung ohne Sedierung bzw. ohne Narkose statt, da Anästhesisten diese Leistung aufgrund des Narkoserisikos ambulant nicht erbringen. Stattdessen erfolgt häufig eine MRT-Untersuchung unter stationären Bedingungen mit Sedierung/Narkose. Der Krankenhausaufenthalt ist für Kind und Familie belastend und eine Sedierung/Narkose ist immer auch mit einem Risiko für das Kind behaftet. Zudem gibt es ambulant wie stationär lange Wartelisten auf MRT-Untersuchungstermine.

Dieser beschriebene Versorgungsmangel kann durch eine Veränderung in der Art der Leistungserbringung reduziert werden. Es wird ein spezielles Konzept angewendet, welches die natürliche Schlafenzzeit des Kindes nutzt, um eine optimale Bildqualität beim tiefschlafenden Kind zu erreichen. Die Förderung von MRT-Untersuchungen bei Kindern zwischen 0 und 6 Jahren unter Nutzung des kindlichen Schlafes ermöglicht es, diese Untersuchungen weiterhin und auch vermehrt ambulant anzubieten. Zudem werden so stationäre Krankenhausaufenthalte vermieden und Risiken von Sedierungen/Narkosen bei Säuglingen und (Klein-)Kindern entfallen.

Die Förderung von MRT-Untersuchungen bei Kindern zwischen 0 und 6 Jahren unter Nutzung des kindlichen Schlafes wird durch die Vertragsparteien evaluiert. Hierzu erhalten die Krankenkassen/-verbände quartalsweise von der KVSH nach der ärztlichen Abrechnung eine Auswertung zur Förderung (BSNR/ LANR, Leistungstag, Patientenalter, Diagnosen (auch Mehrfachdiagnosen), Anzahl Leistungen gem. Kapitel 34.4 EBM).

Aufgrund einer verringerten Leistungserbringeranzahl verständigen sich die Gesamtvertragspartner auf eine zu erwartende Steigerung der Leistungserbringung der ambulanten MRT-Untersuchung von Kindern zwischen 0 und 6 Jahren unter Nutzung des kindlichen Schlafes um jeweils 2 Prozent in den Jahren 2023 und 2024. Basis für die Evaluation für das erste Halbjahr 2023 sind die entsprechenden Vorjahresquartale des Jahres 2022, Basis für die Evaluation des ersten Halbjahres 2024 sind die entsprechenden Vorjahresquartal des Jahre 2023

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. Hiervon umfasst sind lediglich einzelne (in der Regel noch nicht abgerechnete) Behandlungsfälle aus Vorquartalen, welche gemäß der Honorarabrechnungsordnung nachträglich eingereicht wurden.

Teil C Nicht vorhersehbarer, überproportionaler Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs

Eine Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2023 erfolgt gemäß B-BWA in der 605. Sitzung.

Ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs liegt danach auch vor, wenn Ausnahmeereignisse eintreten, insbesondere

- Pandemien, Epidemien und Endemien nach Feststellung durch das zuständige Gesundheitsamt, das Robert Koch-Institut, den Deutschen Bundestag oder die World Health Organization (WHO)
- Naturkatastrophen oder andere Großschadenereignisse, bei denen Katastrophenalarm ausgelöst wurde.

Ärztliche Leistungen, die im Jahr 2023 im Zusammenhang mit derartigen Ausnahmeereignissen erbracht werden und besonders zu kennzeichnen sind, gelten als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs.

Erst nach einer Einigung zur Kennzeichnung betroffener Leistungen im BWA bzw. zwischen den Gesamtvertragspartnern kann die Kennzeichnung zu einem finanzwirksamen nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs führen, so dies der (E)BWA erfordert.

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 vereinbarten 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 § 95d Abs. 3 SGB V, § 291b Abs. 5 und § 341 Abs. 6 SGB V

Honorarabschläge nach § 95d Abs. 3 SGB V, § 291b Abs. 5 SGB V sowie § 341 Abs. 6 SGB V werden den einzelnen Versorgungsbereichen zugeführt, sofern es sich um Leistungen der MGV handelt. Honorarabschläge für Leistungen außerhalb der MGV fließen entsprechend der abgerechneten Punktmenge des jeweiligen Arztes an die jeweilige Krankenkasse zurück.

6. Verzeichnis nach § 59 BMV-Ä

Das gemäß § 59 BMV-Ä zur Verfügung gestellte Verzeichnis wird um eine Kennzeichnung derjenigen Ärzte erweitert, die berechtigt sind, bestimmte Leistungen gemäß Anlage 4 zu erbringen.

Über die technischen Einzelheiten verständigen sich die Vertragspartner gesondert. Diese Aufzählung kann regelmäßig aktualisiert werden. Dies gilt insbesondere bei neu in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommenen Leistungen.

7. Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein bzw. durch gesetzliche oder untergesetzliche Neuerungen unwirksam werden oder durch diese wesentlich berührt 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 nahekommt. 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. Haben sich die Verhältnisse, die für die Festlegung des Vertragsinhalts maßgebend gewesen sind, so wesentlich geändert, dass einem Vertragspartner das Festhalten an der ursprünglich vereinbarten Regelung nicht zuzumuten ist, so kann dieser Vertragspartner eine Anpassung des Inhalts dieser Regelung an die geänderten Verhältnisse verlangen. Die Vertragspartner verständigen sich in einem solchen Fall unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Teil E Inkrafttreten, Dauer

1. Diese Vereinbarung gilt für den Vergütungszeitraum vom 01.01.2023 bis 31.12.2024 mit Ausnahme der Regelungen, die eine Vorjahresanknüpfung bedingen (insbesondere Veränderungsrate der MGV gem. Teil A, 5.2 sowie der OW gem. Teil A, 5.3 dieser Vereinbarung).
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

31. März 2023



Kassennärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

.....
(Unterschrift)

Dortmund, den

AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.

.....
(Unterschrift)

Hamburg, den

BKK-Landesverband NORDWEST

.....
(Unterschrift)

Lübeck, den

IKK – Die Innovationskasse

.....
(Unterschrift)

Bad Segeberg, den

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

.....
(Unterschrift)

Dortmund, den 11.04.23

AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.


.....
(Unterschrift)

Hamburg, den

BKK-Landesverband NORDWEST

.....
(Unterschrift)

Lübeck, den

IKK – Die Innovationskasse

.....
(Unterschrift)

Bad Segeberg, den

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

.....
(Unterschrift)

Dortmund, den

AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.

.....
(Unterschrift)

Hamburg, den 30.03.2023

BKK-Landesverband NORDWEST



.....
(Unterschrift)

Lübeck, den

IKK – Die Innovationskasse

.....
(Unterschrift)

Bad Segeberg, den

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

.....
(Unterschrift)

Dortmund, den

AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.

.....
(Unterschrift)

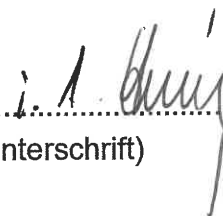
Hamburg, den

BKK-Landesverband NORDWEST

.....
(Unterschrift)

Lübeck, den 21/3/23

IKK – Die Innovationskasse

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

Kiel, den 03.4.23

SVLFG als LKK


.....
(Unterschrift)

Hamburg, den

KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Nord, Hamburg

.....
(Unterschrift)

Kiel, den

Verband der Ersatzkassen e. V.
Die Leiterin der Landesvertretung Schleswig-Holstein

.....
(Unterschrift)

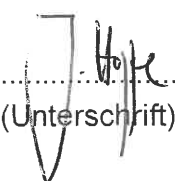
Kiel, den

SVLFG als LKK

.....
(Unterschrift)

Hamburg, den

KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Nord, Hamburg


.....
(Unterschrift)

Kiel, den

Verband der Ersatzkassen e. V.
Die Leiterin der Landesvertretung Schleswig-Holstein

.....
(Unterschrift)

Kiel, den

SVLFG als LKK

.....
(Unterschrift)

Hamburg, den

KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Nord, Hamburg

.....
(Unterschrift)

Kiel, den 08.05.2023

Verband der Ersatzkassen e. V.
Die Leiterin der Landesvertretung Schleswig-Holstein


.....
(Unterschrift)