

**Vereinbarung zur Honorierung
vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2020
mit Wirkung zum 1. Januar 2020**

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)
- 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 2020.

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	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

Präambel

Diese Vereinbarung regelt die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2020.

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 Hornhautvernetzung mit Riboflavin

Gemäß B-BWA in seiner 435. Sitzung erfolgt im Zusammenhang mit der Höherbewertung der GOP 06211 EBM eine **Erhöhung** des Behandlungsbedarfs. Die Erhöhung wird entsprechend des Beschlusses (Multiplikation der Häufigkeit der entsprechenden Gebührenordnungspositionen im jeweiligen Vorjahresquartal mit 2 Punkten) umgesetzt und findet in den Quartalen II/2019 – I/2020 statt, vgl. hierzu Anlage 1.

b) Absenkung Zervixkarzinomscreening

Gemäß B-BWA in der 455. Sitzung erfolgt im Rahmen der Neugestaltung der Leistungen des Zervixkarzinomscreenings eine **Absenkung** des Behandlungsbedarfs um jeweils 487.000 Punkte je Quartal. Die Absenkung findet in den Quartalen I/2020 bis IV/2020 Anwendung und erfolgt nach dem Beschluss des BWA in der 455. Sitzung.

c) Erhöhung Urethro(-zysto)skopie

Gemäß B-BWA in seiner 455. Sitzung erfolgt im Zusammenhang mit der Erweiterung des Leistungsinhalts der GOP 26310 und 26313 eine **Erhöhung** des Behandlungsbedarfs. Die Erhöhung wird entsprechend des Beschlusses (Multiplikation der Häufigkeit der GOP 26310 mit 306 Punkten und der Häufigkeit der GOP 26313 mit 31 Punkten jeweils im entsprechenden Vorjahresquartal) umgesetzt und findet in den Quartalen II/2020 – I/2021 statt.

d) Erhöhung Kardiale Implantate

Gemäß B-BWA in der 506. Sitzung erfolgt im Rahmen der Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 04417 und 13577 eine **Erhöhung** des Behandlungsbedarfs. Die Erhöhung wird entsprechend des Beschlusses umgesetzt (Multiplikation der aufsummierten Häufigkeiten der Gebührenordnungspositionen 04411, 04413, 04415, 13571, 13573 und 13575 einschließlich Suffices jeweils im entsprechenden Vorjahresquartal mit 40 Punkten) und findet in den Quartalen III/2020 – II/2021 statt.

e) Absenkung endoskopische Einmalinstrumente

Gemäß B-BWA in der 509. Sitzung erfolgt im Rahmen der Umstellung endoskopischer Zusatzinstrumente auf Einmalprodukte eine **Absenkung** des Behandlungsbedarfs. Die Absenkung wird entsprechend des Beschlusses umgesetzt und findet in den Quartalen III/2020 – II/2021 statt.

f) Erhöhung Kostenpauschalen endoskopische Einmalinstrumente

Gemäß B-BWA in der 509. Sitzung erfolgt im Rahmen der Umstellung endoskopischer Zusatzinstrumente auf Einmalprodukte eine **Erhöhung** des Behandlungsbedarfs für die Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 40460, 40461 und 40462. Die Erhöhung wird entsprechend des Beschlusses umgesetzt und findet in den Quartalen III/2020 – II/2021 statt.

g) Erhöhung palliativmedizinische Versorgung

Gemäß B-BWA in der 408. Sitzung erfolgt eine Erhöhung des Behandlungsbedarfs um die Leistungsmenge der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5. Die **Erhöhung** wird entsprechend des Beschlusses umgesetzt und findet in den Quartalen IV/2019 – III/2020 statt. Dabei wird die KV-spezifische Abstaffelungsquote nicht auf eins gesetzt.

h) Erhöhung im Rahmen des Chlamydien Screenings

Gemäß B-BWA in der 455. Sitzung erfolgt im Rahmen der Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 01823 und 01824 sowie der Ausweitung der Leistungsmengen der GOP 01700, 01701, 01840 und 40100 eine **Erhöhung** des Behandlungsbedarfs um jeweils 2.428.000 Punkte je Quartal. Die Erhöhung findet in den Quartalen II/2020 bis I/2021 Anwendung und erfolgt nach dem Beschluss des BWA in der 455. Sitzung.

i) Bereinigung um humangenetische Leistungen

Gemäß B-BWA in der 448. Sitzung, erfolgt eine Bereinigung des Behandlungsbedarfs um die .GOP 01841, 11230, 11233 - 11236. Die **Bereinigung** wird entsprechend des Beschlusses umgesetzt und findet in den Quartalen I/2020 – IV/2020 statt. Dabei wird unter Bezug auf den Beschluss in der 448. Sitzung anstelle der KV-spezifischen Abstaffelungsquote die arztgruppenspezifische Auszahlungsquote der Fachgruppe Humangenetik des Vorjahresquartals angewendet.

Im Quartal I/2020 wird zur Bestimmung der Leistungsmenge der GOP 01841 des Vorjahresquartals die Leistungsmenge der GOP 01835, 01836 und 01837 herangezogen.

j) Bereinigung im Rahmen der Übersendung von elektronischen Arztbriefen

Gemäß B-BWA in der 480. Sitzung erfolgt aufgrund von § 291f Abs. 1 SGB V eine **Bereinigung** der MGV um jeweils 2.152.000 Punkte in den Quartalen III/2020 und IV/2020. Die Bereinigung erfolgt nach dem B-BWA in der 480 Sitzung – daraus ergeben sich auch die Bereinigungsbeiträge für die Folgequartale (I/2021 – II/2023).

k) Absenkung Antibiotikatherapie

Gemäß E-BWA in der 54. Sitzung sowie B-BWA in der 504. Sitzung erfolgt eine basiswirksame **Absenkung** des Behandlungsbedarfs um 936.401 Punkte je Quartal. Die Absenkung findet in den Quartalen III/2020 bis II/2021 Anwendung.

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, bzw. gemäß entsprechender Folgebeschlüsse) **bereinigt**.

Die Bereinigungsregelungen wurden zwischen den Vertragspartnern ohne präjudizierende Wirkung getroffen.

n) Ausgleich des Kassenwechslereffekts

Gemäß B-BWA in der 451. sowie der 441. Sitzung erfolgt in den Quartalen I/2020 bis IV/2020 eine **Anhebung** des Behandlungsbedarfs um jeweils 0,0482 %.

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. Bereinigung um TSVG-Konstellationen

- a) Der Behandlungsbedarf wird um die TSVG-Konstellationen „**Hausarzt-Vermittlungsfall**“ sowie „**TSS-Terminfall**“ in den Quartalen II/2019 bis II/2020 basiswirksam **bereinigt**. Die Bereinigung erfolgt gemäß B-BWA in der 439., 441. bzw. 444. sowie 452. Sitzung.
- b) Der Behandlungsbedarf wird um die TSVG-Konstellationen „**Neupatient**“ und „**offene Sprechstunde**“ in den Quartalen III/2019 bis III/2020 basiswirksam **bereinigt**. Die Bereinigung erfolgt gemäß B-BWA in der 439., 441., 444. sowie 452. Sitzung.
- c) Der Behandlungsbedarf wird um die TSVG-Konstellation „**TSS-Akutfall**“ in den Quartalen I/2020 – IV/2020 basiswirksam **bereinigt**. Die Bereinigung erfolgt gemäß B-BWA in der 439., 441. bzw. 444. sowie der 452. Sitzung.

5.3 Erhöhung des Behandlungsbedarfs

Der sich nach Punkt 5.2 ergebende Behandlungsbedarf wird für das Jahr 2020 basiswirksam vermindert um:

-0,1719 % gemäß § 87a Abs. 4 Nr. 2 SGB V.

5.4 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 5.3 ergebende Behandlungsbedarf wird mit dem jeweils vereinbarten OW multipliziert. In 2020 beträgt der vereinbarte OW zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen 10,9871 Cent.

5.5 Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen

5.5.1 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.

5.5.2 Differenzbereinigung

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

5.6 Nicht basiswirksame Anpassung der MGV

5.6.1 Nicht basiswirksame Absenkung Antibiotikatherapie

Gemäß E-BWA in der 54. Sitzung sowie B-BWA in der 504. Sitzung erfolgt eine nicht basiswirksame **Absenkung** der MGV um 51.507 Euro je Quartal. Die Absenkung findet in den Quartalen III/2020 bis II/2021 Anwendung.

5.6.2 Aufteilung der Anpassungsbeträge auf die einzelnen Krankenkassen

Die Aufteilung des zuvor genannten Betrages auf die einzelnen Krankenkassen erfolgt 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. 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.) Strahlentherapie (GOP 25210 bis 25342 sowie 40840 und 40841),
- 4.) Phototherapeutische Keratektomie (GOP 31362, 31734, 31735 und 40680),
- 5.) Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den 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, 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 die

vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X und 32781X bis zum 31.03.2020,

ab dem 01.04.2020: Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP 01510X bis 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08535, 08535X, 08537 bis 08540, 08537X 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,

- 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, 32818, 32821 und 32822 bis 31.03.2020

ab 01.04.2020: Leistungen zur spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922, 30924 und 32821,

- 10.) Substitutionsbehandlung nach den GOP 01950 bis 01952 sowie im Zeitraum vom 01.04.2020 – 31.12.2020 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 diamorphingestützte Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger 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, 04230 und ab dem 01.04.2020 die GOP 04231 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,

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.

- 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 30810 und 30811),
- 33.) umfangreiche humangenetische Analysen nach den GOP 11449, 11514,
- 34.) allgemeine Tumorgenetik nach den Leistungen des Abschnitts 19.4.2 EBM (bis 30.06.2023),
- 35.) Companion Diagnostic nach den Leistungen des Abschnitts 19.4.4 EBM,
- 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 sowie ab dem 01.04.2020 die GOP 32866
- 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 sowie III/2020 bis II/2023 die Strukturförderpauschale nach der GOP 01660,
- 45.) Telekonsiliarische Befundbeurteilung nach den GOP 34800, 34810, 34820 und 34821,
- 46.) Videosprechstunde nach den GOP 01450, 01451, 01442 und 01444 (die GOP 01451 sowie 01444 sind befristet bis zum 30.09.2021),
- 47.) Leistungen im Zusammenhang mit der kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten nach den GOP 03355, 04590 und 13360,
- 48.) Versorgungspauschale Kinderneurologie nach der GOP 04563,
- 49.) Leistungen im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde und der psychotherapeutischen Akutbehandlung nach den GOP 35151 und 35152,
- 50.) Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Kapitel 37 Abschnitt 3 EBM,

- 51.) Epilation mittels Lasertechnik nach den GOP 02325, 02326, 02327, 02328,
- 52.) Leistungen im Rahmen der Verordnung von Cannabis nach den GOP 01460, 01461 und 01626,
- 53.) Leistungen im Rahmen der HLA-Antikörperdiagnostik nach den GOP 32915-32918, 32939-32943 sowie 32948 und 32949,
- 54.) Leistungen im Rahmen des Notfalldatenmanagements nach den GOP 01640, 01641 und 01642,
- 55.) 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,
- 56.) Leistungen im Rahmen der Verordnung von Rehabilitation nach der GOP 01611 bis 31.03.2021,
- 57.) Leistungen zur Diagnostik zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie nach den GOP 32459, 32774 und 32775,
- 58.) Leistungen im Rahmen der hyperbaren Sauerstofftherapie nach den GOP 30210, 30212, 30216 und 30218,
- 59.) Leistungen im Rahmen der Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve nach den GOP 34298 und 40301,
- 60.) Leistungen im Rahmen der Einrichtungsbefragung im Rahmen der Qualitätssicherung zur Vermeidung nosokomialer Infektionen gemäß GOP 01650,
- 61.) 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,
- 62.) Leistungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens gemäß GOP 01645 sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM,
- 63.) Leistungen im Rahmen der Versorgungsplanung nach § 132g Abs. 3 SGB V gemäß der GOP 37400,
- 64.) Leistungen im Rahmen der Extrakorporalen Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz gemäß der GOP 30440,
- 65.) Nachweis von Anti-Drug-Antikörpern und Vorbehandlung mit Dithiothreitol nach den GOP 32480 und 32557,
- 66.) Hornhautvernetzung mit Riboflavin nach den GOP 06362 und 40681
- 67.) Leistungen im Arztgruppenfall der im B-BWA in der 439., 441., 444. sowie in der 452. 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.) „Neupatienten“
 - d.) „offene Sprechstunde“
 - e.) „TSS-Akutfall“
 - f.) Zuschläge zum „TSS-Terminfall“, zum „Hausarzt-Vermittlungsfall“ und zum „TSS-Akutfall“ gemäß B-BWA in der 439. Sitzung und gemäß entsprechender Folgebeschlüsse
- 68.) Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Fingolimod nach der GOP 01516 sowie von Velmanase alfa nach der GOP 01514,
 - 69.) HIV-Präexpositionsprophylaxe nach dem EBM-Abschnitt 1.7.8,
 - 70.) Präeklampsie nach den GOP 32362 und 32363,
 - 71.) Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA nach der GOP 32850,
 - 72.) Optische Kohärenztomographie nach den GOP 06336, 06337, 06338 und 06339,
 - 73.) Humangenetische Leistungen nach den GOP 01841, 11230, 11233-11236,
 - 74.) Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion beim Lipödem Stadium III nach der GOP 40165,
 - 75.) Biomarkerbasierte Tests beim primären Mammakarzinom nach den GOP 08347, 13507, 19501 und 19502,
 - 76.) Nachweis/Ausschluss von Mutationen nach der GOP 11601,
 - 77.) Nukleinsäurenachweis des neuartigen Coronavirus nach der GOP 32816 ab 1.2.2020,
 - 78.) FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab nach den GOP 04538, 13678 und 40167 ab II/2020,
 - 79.) mit der GOP 88240 gekennzeichnete Konstellationen gemäß dem B-BWA in der 468., 472. sowie 490. Sitzung ab dem 01.02.2020,
 - 80.) Leistungen im Zusammenhang mit der Corona-Warn-App nach den Gebührenordnungspositionen 02402, 12221, 32811 und 40101 ab 15.06.2020 bis 31.3.2021,
 - 81.) Kostenpauschalen für endoskopische Zusatzinstrumente nach den GOP 40460, 40461 und 40462 ab III/2020, wenn sie im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01741, 01742, 04514, 04515, 04520, 08311T, 13421, 13422, 13423, 13430, 26310T oder 26311T, jeweils einschließlich Suffices, abgerechnet werden.

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 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 die Förderung der belegärztlichen Geburt in Schleswig-Holstein außerhalb der MGV. Ab dem 01.01.2020 erhält die GOP 08411 EBM im belegärztlichen Fall einen extra-budgetären 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

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 2020 erfolgt gemäß B-BWA in der 441. Sitzung.

Darüber hinaus findet der B-BWA in der 490. Sitzung Anwendung:

Für den Zeitraum vom 1. Februar bis 31. März 2020 dokumentiert der behandelnde Arzt in der Abrechnung anhand der Ziffer 88240, dass Leistungen aufgrund des klinischen Verdachts auf eine Infektion oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) erforderlich sind. Die extrabudgetäre Vergütung aufgrund des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs umfasst im ersten Quartal 2020 alle Leistungen im Behandlungsfall, die von der Arztgruppe des die Ziffer 88240 dokumentierenden Arztes abgerechnet werden.

Ab dem 1. April 2020 ist die Ziffer 88240 jeweils an den Tagen, an denen eine Behandlung aufgrund des klinischen Verdachts auf eine Infektion oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) erforderlich wird, vom behandelnden Arzt in der Abrechnung zu dokumentieren. Der extrabudgetären Vergütung aufgrund des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs unterliegen in einem Abrechnungsquartal die von der Arztgruppe des die Ziffer 88240 dokumentierenden Arztes an den Tagen mit Dokumentation der Ziffer 88240 abgerechneten Leistungen sowie die von der Arztgruppe des die Ziffer 88240 dokumentierenden Arztes abgerechneten Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen, Zusatzpauschalen für Pneumologie (GOP 04530 und 13650) und Zusatzpauschalen fachinternistische Behandlung (GOP 13250).

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 und § 291 Abs. 2b SGB V

Honorarabschläge nach § 95d Abs. 3 SGB V und § 291 Abs. 2b 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

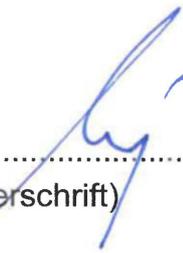
Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein bzw. durch gesetzliche oder untergesetzliche Neuerungen unwirksam werden oder durch diese wesentlich berührt werden oder eine Regelungslücke enthalten, bleibt der Vertrag im Übrigen gültig. Anstelle der unwirksamen bzw. fehlenden Bestimmungen verpflichten sich die Vertragspartner, eine solche Ersatzregelung zu vereinbaren, die dem ursprünglichen Regelungsziel möglichst 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. 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 zumuten 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 01.01.2020 bis 31.12.2020.
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
25. Sep. 2020

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein


.....
(Unterschrift)



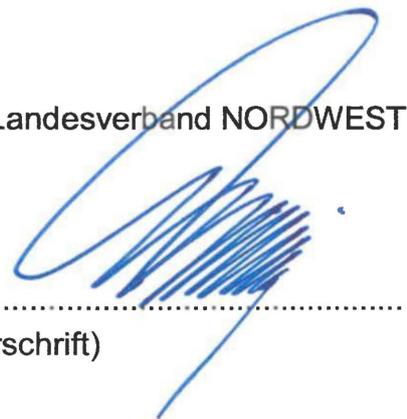
Kiel, den 19.11.2020

AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse -


.....
(Unterschrift)

Hamburg, den

BKK-Landesverband NORDWEST


.....
(Unterschrift)

Schwerin, den

IKK Nord


.....
(Unterschrift)

Kiel, den 09.10.20

SVLFG als LKK


.....
(Unterschrift)

Hamburg, den 21.10.2020

KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Nord, Hamburg


.....
(Unterschrift)

Kiel, den 08. Okt. 2020

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


.....
(Unterschrift)