

**Vereinbarung zur Honorierung  
vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2021  
mit Wirkung zum 1. Januar 2021**

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 2021.

#### **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

## **Präambel**

Diese Vereinbarung regelt die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2021.

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.

Insbesondere findet hier der B-BWA in seiner 526. Sitzung zur Verwendbarkeit der vorgesehenen Datenquartale des Jahres 2020 Anwendung.

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 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.

##### **b) 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.

##### **c) 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.

##### **d) 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.

**e) Erhöhung im Rahmen des Chlamydienscreenings**

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.

**f)** Gemäß B-BWA in der 511. Sitzung, Teil B erfolgt im Zusammenhang mit der Bewertungsanpassung der GOP 13691 und 13692 einschließlich der Suffices eine Erhöhung der MGV um den erwarteten Mehrbedarf wie folgt:

Der Erhöhungsbetrag ergibt sich für die Quartale IV/2020 bis III/2021 durch Multiplikation des jeweiligen Differenzbetrags der alten und neuen Bewertung der GOP 13691 und 13692 mit der Häufigkeit der entsprechenden GOP im Jahr 2019.

**g) 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 (I/2021 – II/2023).

**h) 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.

**i) Erhöhung im Rahmen der Eindeckung der Antibiotikatherapie**

Gemäß B-(E)BWA in der 54. Sitzung, Teil B, erfolgt die Überführung der GOP 32459, 32774 und 32775 ab dem Quartal III/2021 in die MGV. Dabei wird das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der MGV gemäß Nummer 2.2.1.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung vom 21. September 2016, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) oder entsprechender Folgebeschlüsse, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile einzelner Krankenkassen angewendet, wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten in Nummer 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt werden.

**j) Erhöhung im Rahmen der Eindeckung der GOP 32480 und 32557**

Gemäß B-BWA in der 433. Sitzung erfolgt die Überführung der GOP 32480 und 32557 ab dem Quartal II/2021 in die MGV.

Dabei wird jeweils das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der MGV gemäß Nr. 2.2.1.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung vom 21. September 2016, geändert durch den Beschluss des

Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) oder entsprechender Folgebeschlüsse, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile einzelner Krankenkassen angewendet, wobei die KV-spezifischen Abstufungsquoten in Nummer 2.2.1.2 Ziffer 2 des genannten Beschlusses auf eins gesetzt werden.

#### **k) Erhöhung im Zusammenhang mit der Anpassung humangenetischer Leistungen an den Stand der Wissenschaft und Technik**

Gemäß B-BWA in der 547. Sitzung erfolgt eine Erhöhung der MGV um den erwarteten Mehrbedarf aufgrund des wissenschaftlichen und technischen Fortschritts für die GOP des Kapitels 11.4 EBM. In jedem der vier Quartale in 2021 wird der basiswirksam vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf um 3.485.589 Punkte erhöht.

#### **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 513. Sitzung erfolgt in den Quartalen I/2021 bis IV/2021 eine basiswirksame **Anhebung** des Behandlungsbedarfs um jeweils 0,0343 %.

### **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 aufgrund der Neufassung des Kapitels 25 im EBM**

Die Vergütung der Leistungen des Kapitels 25 (ohne die GOP 25228 bis 25230) des EBM erfolgt gemäß B-BWA in seiner 513. Sitzung vom 01.01.2021 bis zum 31.12.2022 innerhalb der MGV. Der kassenspezifische Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal wird entsprechend dieses Beschlusses in 2021 quartalsweise basiswirksam um den auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteil der folgenden Punktzahl erhöht:

erstes Quartal 2021: 46.581.152 Punkte

zweites Quartal 2021: 45.070.842 Punkte

drittes Quartal 2021: 45.435.892 Punkte

viertes Quartal 2021: 40.327.232 Punkte.

Die Aufteilung der Behandlungsbedarfserhöhungen auf die Krankenkassen erfolgt nach den jeweiligen Leistungsbedarfsanteilen der Versicherten der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im KV-Bezirk Schleswig-Holstein an den Leistungen des Kapitels 25 und den Kostenpauschalen 40480 und 40841 des Abschnitts 40.15 des EBM im entsprechenden Quartal des Jahres 2019.

Die Regelungen für die Abrechnungsquartale im Jahr 2022 und 2023 werden entsprechend des oben genannten Beschlusses umgesetzt.

## **5.3 Erhöhung des Behandlungsbedarfs**

Der sich nach Punkt 5.2 ergebende Behandlungsbedarf wird für das Jahr 2021 basiswirksam erhöht um:

0,3976 % 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 2021 beträgt der vereinbarte OW zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen 11,1244 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.) 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, 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,

- 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 im Zeitraum vom 01.04.2020 – 30.06.2021 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,
- 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. 15.) 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 Eradikations-  
therapie 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 Sit-  
zungen (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 sowie die GOP 04000<sup>1</sup>,  
04010<sup>2</sup>, 04040, 04230 und die GOP 04231 EBM, wenn in demselben Behand-  
lungsfall 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 weiter-  
führende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung),
- 29.) GOP 40582 (Kostenpauschale Radium-223-dichlorid),
- 30.) Leistungen der diagnostischen Positronenemissionstomographie (PET) und  
der diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomogra-  
phie (PET/CT) (GOP des Abschnitts 34.7 EBM sowie die Kostenpauschale  
40584),
- 31.) Verordnung der Soziotherapie (GOP 30810 und 30811)
- 32.) allgemeine Tumorgenetik nach den Leistungen des Abschnitts 19.4.2 EBM (bis  
30.06.2023),
- 33.) Companion Diagnostic nach den Leistungen des Abschnitts 19.4.4 EBM,
- 34.) Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung nach den Leistungen des  
Abschnitts 30.13 EBM,

---

<sup>1</sup> Im Formblatt 3 erscheinen aufgrund der Regelwerksumstellung der KVSH bzgl. der Altersklassen die folgenden GOPs: 04001 – 04005.

<sup>2</sup> Im Formblatt 3 erscheinen aufgrund der Regelwerksumstellung der KVSH bzgl. der Altersklassen die folgenden GOPs: 04011 – 04015.

- 35.) Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus nach der GOP 32865 sowie die GOP 32866
- 36.) Erweitertes Transplantations-Cross-Match nach der GOP 32911,
- 37.) Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen nach Kapitel 37,
- 38.) Delegationsfähige Leistungen nach den GOP 38200, 38202, 38205 und 38207,
- 39.) Kostenpauschale nach der GOP 40306,
- 40.) 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,
- 41.) Elektronischer Arztbrief nach den GOP 86900 und 86901 sowie III/2020 bis II/2023 die Strukturförderpauschale nach der GOP 01660,
- 42.) Telekonsiliarische Befundbeurteilung nach den GOP 34800, 34810, 34820 und 34821,
- 43.) Videosprechstunde nach den GOP 01450, 01451, 01442 und 01444 (die GOP 01451 sowie 01444 sind befristet bis zum 30.09.2021),
- 44.) Leistungen im Zusammenhang mit der kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten nach den GOP 03355, 04590 und 13360,
- 45.) Versorgungspauschale Kindernephrologie nach der GOP 04563,
- 46.) Leistungen im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde und der psychotherapeutischen Akutbehandlung nach den GOP 35151 und 35152,
- 47.) Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Kapitel 37 Abschnitt 3 EBM,
- 48.) Epilation mittels Lasertechnik nach den GOP 02325, 02326, 02327, 02328,
- 49.) Leistungen im Rahmen der Verordnung von Cannabis nach den GOP 01460, 01461 und 01626,
- 50.) Leistungen im Rahmen der HLA-Antikörperdiagnostik nach den GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943 sowie 32948 und 32949,
- 51.) Leistungen im Rahmen des Notfalldatenmanagements nach den GOP 01640, 01641 und 01642,
- 52.) 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,
- 53.) Leistungen im Rahmen der Verordnung von Rehabilitation nach der GOP 01611 bis 31.03.2023,
- 54.) Leistungen zur Diagnostik zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie nach den GOP 32459, 32774 und 32775 bis 30.06.2021,
- 55.) Leistungen im Rahmen der hyperbaren Sauerstofftherapie nach den GOP 30210, 30212, 30216 und 30218,

- 56.) Leistungen im Rahmen der Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve nach den GOP 34298 und 40301,
- 57.) Leistungen im Rahmen der Einrichtungsbefragung im Rahmen der Qualitätssicherung zur Vermeidung nosokomialer Infektionen gemäß GOP 01650,
- 58.) 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,
- 59.) Leistungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens gemäß GOP 01645 sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM,
- 60.) Leistungen im Rahmen der Versorgungsplanung nach § 132g Abs. 3 SGB V gemäß der GOP 37400,
- 61.) Leistungen im Rahmen der Extrakorporalen Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz gemäß der GOP 30440,
- 62.) Nachweis von Anti-Drug-Antikörpern und Vorbehandlung mit Dithiothreitol nach den GOP 32480 und 32557 bis 31.03.2021,
- 63.) Hornhautvernetzung mit Riboflavin nach den GOP 06362 und 40681
- 64.) 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
- 65.) 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,
- 66.) HIV-Präexpositionsprophylaxe nach dem EBM-Abschnitt 1.7.8 bis 30.09.2021,
- 67.) Präeklampsie nach den GOP 32362 und 32363 bis 30.09.2021,
- 68.) Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA nach der GOP 32850 bis 30.09.2021,
- 69.) Optische Kohärenztomographie nach den GOP 06336 bis 06339,
- 70.) Humangenetische Leistungen nach den GOP 01841, 11230, 11233 bis 11236,

- 71.) Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion beim Lipödem Stadium III nach der GOP 40165,
- 72.) Biomarkerbasierte Tests beim primären Mammakarzinom nach den GOP 08347, 13507, 19501 und 19502,
- 73.) Nachweis/Ausschluss von Mutationen nach der GOP 11601,
- 74.) Nukleinsäurenachweis des neuartigen Coronavirus nach der GOP 32816,
- 75.) FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab nach den GOP 04538, 13678 und 40167,
- 76.) Zusatzpauschale GOP 02402, bei begründetem Verdacht auf Vorliegen einer SARS-Co-V-2 Infektion zum Ausschluss einer Erkrankung
- 77.) 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 Sulfices, abgerechnet werden,
- 78.) Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung bei der Gabe von Si-ponimod nach der GOP 01517 bis einschließlich Quartal III/2022,
- 79.) Vakuumversiegelung nach den GOP 02314, 40900 bis 40903,
- 80.) Leistungen im Rahmen der Genotypisierung zur Bestimmung des DPD-Metabolisierungsstatus nach der GOP 32867,
- 81.) Direktnachweis von SARS-CoV-2 mittels Antigentest nach GOP 32779,
- 82.) Leistungen im Rahmen vertragsärztlicher und sektorenübergreifender Telekonsile gemäß der Telekonsilien-Vereinbarung nach den GOP 01670 bis 01672,
- 83.) Kostenpauschalen postalische Versendung nach den GOP 40128 und 40129,
- 84.) Leistungen im Rahmen der Tumortheraiefelder (TTF) zur Behandlung des Glioblastoms nach dem neu aufgenommenen Abschnitt 30.3.2 EBM,
- 85.) 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,
- 86.) Zusatzpauschalen für Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit der ePA nach den GOP 01431 und 01647,
- 87.) Zusatzpauschale für das Ausstellen einer Erstverordnung einer digitalen-Gesundheitsanwendung (DiGA) aus dem Verzeichnis gemäß § 139e SGB V nach der GOP 01470 bis einschließlich Quartal IV/2022,
- 88.) Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) somnio nach der GOP 01471,
- 89.) Bestimmung der HBV-DNA und HDV-RNA bei Anwendung des Arzneimittels Hepcludex® nach den GOP 32855 bis 32857 ab Quartal II/2021.

### **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. 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 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, v.a. 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 mehr 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 Schlafzeit des Kindes nutzt, um eine optimale Bildqualität beim tiefschlafenden Kind zu erreichen. Die Förderung von MRT-Untersuchungen bei Kindern zwischen 0 und 6 Jahren bei 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 Förderungsziele, Vermeiden von Krankenhausaufenthalten und Narkosen bei Kindern zwischen 0 und 6 Jahren, werden 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, Anzahl Leistungen gem. Kapitel 34.4 EBM). Ausgangsbasis für die Evaluation sind die Vorjahresquartale aus 2019.

#### **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 2021 erfolgt gemäß B-(E)BWA in seiner 68. Sitzung.

Eine Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie im Jahr 2021 mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs erfolgt gemäß B-BWA in seiner 540. Sitzung.

Die Kennzeichnung der im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie erbrachten ärztlichen Leistungen erfolgt gemäß B-BWA in seiner 537. Sitzung durch die GOP 88240.

## **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 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 01.01.2021 bis 31.12.2021.
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 4. Mai 2021 Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

  
.....  
(Unterschrift)



Kiel, den

AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse -

.....  
(Unterschrift)

Hamburg, den

BKK-Landesverband NORDWEST

.....  
(Unterschrift)

Lübeck, den

IKK – Die Innovationskasse

.....  
(Unterschrift)

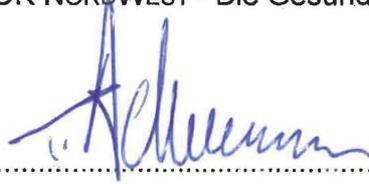
Bad Segeberg, den

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

.....  
(Unterschrift)

Kiel, 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)

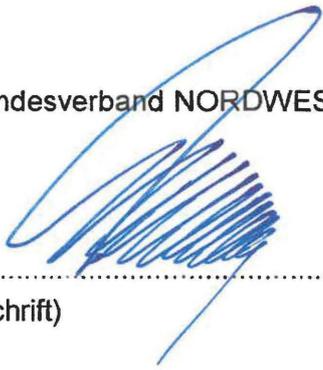
Kiel, den

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)

Kiel, den

AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse -

.....  
(Unterschrift)

Hamburg, den

BKK-Landesverband NORDWEST

.....  
(Unterschrift)

Lübeck, den

*02/06/21*

IKK – Die Innovationskasse

*i.A. Krumm*  
.....  
(Unterschrift)

Kiel, den 31.5.21

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

*i.V. E. E. E.*  
.....  
(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 *10.06.2021*

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

  
.....  
(Unterschrift)