

**Vereinbarung zur Honorierung
vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2026
mit Wirkung zum 1. Januar 2026**

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 2026.

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. 14.)
Anlage 3	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 im Jahr 2026.

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.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckung des Zweitmeinungsverfahrens für die Indikation Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen

In den Quartalen 2/2025 bis 1/2026 erfolgt gemäß B-BWA in der 430. Sitzung die Über-führung der GOP 01645G EBM (Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen) sowie der entsprechenden Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM in die MGV.

b.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckung des Zweitmeinungsverfahrens für Eingriffe zur Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators

In den Quartalen 3/2025 bis 2/2026 erfolgt gemäß B-BWA in der 430. Sitzung die Über-führung der GOP 01645H EBM (Eingriffe zur Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators) sowie der entsprechenden Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM in die MGV.

c.) Erhöhung im Rahmen der Höherbewertung der Fluoreszenzangiographie

In den Quartalen 4/2025 bis 3/2026 erfolgt gemäß B-BWA in der 807. Sitzung eine Erhöhung der MGV um den erwarteten Mehrbedarf für die GOP 06331 und 06332 EBM. Der Erhöhungsbetrag ergibt sich durch Multiplikation des jeweiligen Differenzbetrags der alten und neuen Bewertung der GOP 06331 und 06332 EBM mit der Häufigkeit der entsprechenden GOP im jeweiligen Vorjahresquartal.

d.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckung der interstitiellen Glukosemessung

In den Quartalen 1/2026 bis 4/2026 erfolgt gemäß B-BWA in der 788. sowie 389. Sitzung die Überführung der GOP 03355, 04590 und 13360 EBM (Leistungen im Zusammenhang mit der kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten) in die MGV. Die GOP 03355 EBM in die Hausarzt-MGV und die GOP 04590 EBM in die Kinderarzt-MGV sind mit einer einheitlichen Quote von 1 einzudeckeln.

e.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckung der oralen Hyposensibilisierungsbehandlung mit Palforzia

In den Quartalen 1/2026 bis 4/2026 erfolgt gemäß B-BWA in der 788. sowie 590. Sitzung die Überführung der GOP 30133 und 30134 EBM (oralen Hyposensibilisierungsbehandlung mit dem Wirkstoff AR101 (Palforzia)) in die MGV.

f.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckung der Besuchsleistungen im Zusammenhang mit der Durchführung von Probatorischen Sitzungen im Krankenhaus

In den Quartalen 1/2026 bis 4/2026 erfolgt gemäß B-BWA in der 788. sowie 567. Sitzung die Überführung der GOP 01410K und 01413K EBM (Besuchsleistungen im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gemäß § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie) in die MGV. Hausärztliche durchgeführte Besuche für probatorische Sitzungen im Krankenhaus nach den gekennzeichneten GOP 01410K und 01413 K in die Hausarzt MGV sind mit einer einheitlichen Quote von 1 einzudeckeln.

g.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckung des Direktnachweises von SARS-Cov-2 mittels Antigentest

In den Quartalen 1/2026 bis 4/2026 erfolgt gemäß B-BWA in der 788. sowie 525. Sitzung die Überführung der GOP 32779 EBM (Direktnachweis von SARS-Cov-2 mittels Antigentest) in die MGV.

h.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckung des Nukleinsäurenachweises des beta-Coronavirus SARS-CoV-2

In den Quartalen 1/2026 bis 4/2026 erfolgt gemäß B-BWA 788. sowie 468. Sitzung die Überführung der GOP 32816 EBM (Nukleinsäurenachweis des neuartigen Coronavirus) in die MGV.

i.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckung der Bestimmung von Antikörpern gegen Adeno-assoziierte Viren

In den Quartalen 1/2026 bis 4/2026 erfolgt gemäß B-BWA 788. sowie 647. Sitzung die Überführung der GOP 32674 EBM (Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Adeno-assoziierte Viren (AAV) zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung) in die MGV.

j.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckung des Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweises

In den Quartalen 1/2026 bis 4/2026 erfolgt gemäß B-BWA 788. Sitzung die Überführung der GOP 01833 EBM (Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis) in die MGV.

k.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus

In den Quartalen 1/2026 bis 4/2026 erfolgt gemäß B-BWA 788. sowie 376. Sitzung die Überführung der GOP 32865 EBM (Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus) in die MGV.

l.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung des Zweitmeinungsverfahrens für die Indikation Cholezystektomie

In den Quartalen 1/2026 bis 4/2026 erfolgt gemäß B-BWA in der 430. Sitzung die Überführung der GOP 01645I EBM (Cholezystektomie) sowie der entsprechenden Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM in die MGV.

m.) Erhöhung des Behandlungsbedarfs um den Korrekturbetrag i. Z. m. Leistungsbedarfsveränderungen aufgrund der Weiterentwicklung der direkten Erregernachweise in der Mikrobiologie

Gemäß B-BWA 596. Sitzung Teil C Nr. 3 ff. erfolgt in den Quartalen 1/2026 bis 4/2026 eine mögliche Korrektur des Behandlungsbedarfs. Erhöhung des Behandlungsbedarfs um den Korrekturbetrag i. Z. m. Leistungsbedarfsveränderungen aufgrund der Weiterentwicklung der direkten Erregernachweise in der Mikrobiologie im Abschnitt 32.3 EBM, sofern der Leistungsbedarf gemäß EBM im Prüfzeitraum Q 4/2025 (GOP 32050, 32670, 32680, 32681, 32683, 32701, 32702, 32704, 32705, 32721, 32723, 32785 bis 32790, 32800 bis 32809, 32815, 32817, 32831, 32818, 32833, 32839, 32842 bis 32847 und 32851 bis 32853) den Leistungsbedarf gemäß EBM im Vergleichszeitraum Q 4/2019 (GOP 32050, 32670, 32680, 32681, 32703 bis 32705, 32721, 32723, 32785 bis 32790, 32826, 32829, 32831, 32833, 32836, 32838, 32839 und 32841 bis 32844) übersteigt.

n.) Erhöhung im Rahmen der jährlichen Leistungsmengenentwicklung für humangenetische Leistungen mit molekulargenetischen Mutationssuchen

Gemäß eines noch ausstehenden B-BWA zur Umsetzung von Teil B des B-BWA in der 547. Sitzung wird die MGV in jedem der vier Quartale des Jahres 2026 basiswirksam um einen Betrag erhöht.

o) 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.

p) 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.

q) Bereinigungen von Leistungen im Rahmen der offenen Sprechstunde

Gemäß B-BWA 640. Sitzung erfolgt ab dem ersten Quartal 2023 eine basiswirksame Bereinigung der MGV um Leistungen aus offenen Sprechstunden (§ 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V) unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, wenn und soweit das arztgruppenspezifische Punktzahlvolumen dieser Leistungen gegenüber dem Vorjahresquartal um mehr als 3 Prozent steigt.

Die jeweiligen Gesamtvertragspartner verständigen sich einvernehmlich über den rechnerischen Umgang mit etwaigen EBM-Bewertungsänderungen. Dies setzt voraus, dass den Krankenkassen von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung sämtliche hierzu erforderlichen Daten und Berechnungen zur Verfügung gestellt werden.

Den kassenseitigen Gesamtvertragspartnern ist im Rahmen der Rechnungslegung der Rechengang einschließlich der Rechengrößen transparent darzustellen. Hierzu ist die gemäß Nr. 8 des 640. B-BWA auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses bereitgestellte Rechentabelle zu verwenden und in Excel zur Verfügung zu stellen.

r) Ausgleich des Kassenwechslereffekts

Gemäß B-BWA in der 806. Sitzung erfolgt in den Quartalen 1/2026 bis 4/2026 eine basiswirksame **Anhebung** des Behandlungsbedarfs um jeweils 0,0340 %.

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 Anpassung des Behandlungsbedarfs

Der sich nach Punkt 5.1 ergebende Behandlungsbedarf wird für das Jahr 2026 basierend auf dem B-BWA 794. Sitzung basiswirksam vermindert um:

-0,3031 % gemäß § 87a Abs. 4 Nr. 2 SGB V.

5.3 Vereinbarter Punktwert

Die Vertragspartner vereinbaren den jeweils auf Bundesebene aktuell vom BWA festgelegten OW als Punktwert zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen. Der sich nach Punkt 5.2 ergebende Behandlungsbedarf wird mit dem jeweils vereinbarten OW multipliziert. In 2026 beträgt der vereinbarte OW zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen gemäß B-BWA 803. Sitzung 12,7404 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.

6. Kassenspezifische Anteile an den Ausgleichszahlungen für Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin nach § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V

Gemäß § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V ergibt sich in einem Quartal in einem KV - Bezirk eine Ausgleichszahlung, wenn die auf die in § 87a Abs. 3b Satz 1 SGB V genannten Leistungen entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nicht ausreicht, um die vollständige Vergütung dieser Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu gewährleisten. Diese Ausgleichszahlungen sind gemäß § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V mit einer Unterschreitung der festgesetzten, auf

die in § 87a Abs. 3b Satz 1 SGB V genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch den Leistungsbedarf dieser Leistungen in den vorangegangenen Kalenderquartalen zu verrechnen.

Das Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V erfolgt gemäß B-BWA 810. Sitzung. Die Maßnahmen zur Transparenz sind gemäß Nr. 7 des B-BWA 804. Sitzung geregelt und werden von den regionalen Gesamtvertragspartnern entsprechend umgesetzt.

7. Kassenspezifische Anteile an den Ausgleichszahlungen für Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung nach § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V

Gemäß § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V ergibt sich in einem Quartal in einem KV-Bezirk eine Ausgleichszahlung, wenn die auf die in § 87c Abs. 1 Satz 1 SGB V genannten Leistungen entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nicht ausreicht, um die vollständige Vergütung dieser Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu gewährleisten. Diese Ausgleichszahlungen sind gemäß § 87a Abs. 3c Satz 10 SGB V mit einer Unterschreitung der festgesetzten, auf die in § 87c Abs. 1 Satz 1 SGB V genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch den Leistungsbedarf dieser Leistungen in den vorangegangenen Kalenderquartalen zu verrechnen.

Das Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V erfolgt gemäß E-B-BWA 85. Sitzung Teil C. Die Maßnahmen zur Transparenz sind gemäß Nr. 6 des E-B-BWA 85. Sitzung geregelt und werden von den regionalen Gesamtvertragspartnern entsprechend umgesetzt.

8. 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.

9. 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.

10. Berechnung der MGV bei Fusionen und Neugründungen von Krankenkassen

10.1 Fusionen von Krankenkassen

Für den Fall von Kassenfusionen vereinbaren die Vertragspartner, dass der Behandlungsbedarf für die neu gebildete Krankenkasse sich aus der Summierung des Behandlungsbedarfs und der Versichertenzahl der fusionierenden Krankenkassen gemäß dieser Vereinbarung ergibt.

10.2 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.

10.3 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) Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß §§ 137f - g SGB V und
- d) Verträge zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V.

2.) Bundesweit und regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen (z.B. Onkologievereinbarung).

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 EBM des Abschnitts 32.2.8 EBM,
- 2.) Durchführung von Vakuumbiopsien (GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854, 40855 EBM),
- 3.) Phototherapeutische Keratektomie (GOP 31362, 31734, 31735 und 40680 EBM),
- 4.) Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP des EBM,
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 EBM),
- 6.) Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nach der GOP 13622 EBM zuzüglich der Sachkosten,
- 7.) Erst- und Folgeverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425 und 01426 EBM),
- 8.) Leistungen zur spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922, 30924 und 32821 EBM,
- 9.) Substitutionsbehandlung nach den GOP 01950 bis 01952 EBM sowie die GOP 01953 EBM (§ 87 a Abs. 3 Satz 5 SGB V), Take Home Vergabe gemäß der GOP 01949 EBM und konsiliarische Untersuchung und Betreuung gemäß der GOP 01960 EBM sowie diamorphingestützte Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger gemäß GOP 01955 und 01956 EBM im Abschnitt 1.8 des EBM,
- 10.) Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36 EBM, die GOP 13311 EBM, 17370 EBM und Geburtshilfe [Leistungen des Abschnitts 8.4 des EBM]),
- 11.) Belegärztliche Begleitleistungen,
- 12.) Leistungen des Kapitels 31 EBM sowie die GOP 13421 bis 13431 EBM sowie die GOP 04514, 04515, 04518 und 04520 EBM,
- 13.) 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. 12.) enthalten sind. Bei Kataloganpassung sind die Leistungen zu bereinigen,
- 14.) 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,
- 15.) Betreuungsleistungen nach den GOP 16230 und 21230 EBM,
- 16.) Neuropsychologische Therapie nach Abschnitt 30.11 EBM,
- 17.) Polysomnographie nach der GOP 30901 EBM,
- 18.) Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150 EBM) aller Arztgruppen,
- 19.) MRT-Angiographie (GOP 34470 bis 34492 EBM) und MRT-Mammographie (GOP 34431 EBM),

- 20.) Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 EBM (ausgenommen sind die GOP 04567 und 13603 EBM) sowie die GOP 04000¹, 04010², 04040, 04230 EBM 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,
- 21.) Osteodensitometrische Untersuchung II (GOP 34601 EBM),
- 22.) Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe (GOP 06334, 06335, und 36371 bis 36373 EBM),
- 23.) PFG-Zuschläge gemäß GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222 und 27222 EBM,
- 24.) GOP 04356 EBM (Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 04355 EBM für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung),
- 25.) Leistungen der diagnostischen Positronenemissionstomographie (PET) und der diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) (GOP des Abschnitts 34.7 EBM sowie die Kostenpauschalen GOP 40584 und 40585 EBM),
- 26.) Besondere genetische Untersuchungen nach den Leistungen des Abschnitts 19.4.4 EBM, nach der GOP 32911 und 11601 EBM,
- 27.) Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung nach den Leistungen des Abschnitts 30.13 EBM,
- 28.) Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen nach Kapitel 37 Abschnitt 2 EBM,
- 29.) Delegationsfähige Leistungen nach den GOP 38200, 38202, 38205 und 38207 EBM,
- 30.) Kostenpauschale nach der GOP 40306 EBM,
- 31.) 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, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701 EBM,
- 32.) Elektronischer Arztbrief nach den GOP 86900 und 86901 EBM,
- 33.) Videosprechstunde nach den GOP 01450 und 01444 EBM (die GOP 01444 EBM ist befristet bis zum 31.12.2026) sowie Videofallkonferenz mit den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflegefachkräften und Pflegekräften nach der GOP 01443 EBM,

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

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

- 34.) Leistungen im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde und der psychotherapeutischen Akutbehandlung nach den GOP 35151 und 35152 EBM,
- 35.) Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Kapitel 37 Abschnitt 3 EBM,
- 36.) Epilation mittels Lasertechnik nach den GOP 02325, 02326, 02327 und 02328 EBM,
- 37.) Leistungen im Rahmen der HLA-Antikörperdiagnostik nach den GOP 32915 bis 32918 EBM, GOP 32939 bis 32943 EBM sowie GOP 32948 und 32949 EBM,
- 38.) Leistungen im Rahmen des Notfalldatenmanagements nach den GOP 01640, , 01642 und 01643 EBM,
- 39.) Leistungen im Rahmen der transurethralen Botulinumtoxin-Therapie nach den GOP 08312, 08313, 26316, 26317 und 40161 EBM sowie GOP 08311, 26310 und 26311 EBM, die in derselben Sitzung mit den GOP 08312 oder 26316 EBM erbracht werden,
- 40.) Zuschlag nach GOP 01613 EBM bei Verordnung einer geriatrischen Reha,
- 41.) Leistungen im Rahmen der Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve nach den GOP 34298 und 40301 EBM,
- 42.) 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 bronchoalveoläre Lavage,
- 43.) Leistungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens gemäß GOP 01645 EBM (ohne Suffices A, B, C, D, E, F bzw. G sowie H und I) sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM.
- 44.) Leistungen im Rahmen der Versorgungsplanung nach § 132g Abs. 3 SGB V gemäß der GOP 37400 EBM,
- 45.) Leistungen im Rahmen der Extrakorporalen Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz gemäß der GOP 30440 EBM,
- 46.) Hornhautvernetzung mit Riboflavin nach den GOP 06362 und 40681 EBM,
- 47.) 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,
- 48.) HIV-Präexpositionsprophylaxe nach dem EBM-Abschnitt 1.7.8 bis 31.12.2027,
 - 49.) Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA nach der GOP 32850 EBM bis 31.12.2027,
 - 50.) Optische Kohärenztomographie nach den GOP 06336 bis 06339 EBM,
 - 51.) Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion beim Lipödem Stadium III nach der GOP 40165 EBM bis 30.06.2026,
 - 52.) Biomarkerbasierte Tests nach den GOP 08347 und 13507, GOP 19503 und 19505 EBM und GOP 19506 EBM,
 - 53.) Leistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels bzw. Empfehlungen des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind: GOP 01540 bis 01546, 01549, 02102, 02345, 04538, 13678, 30320 bis 30323, 30326, 32820, 32867 bis 32869, 33105, 40167 EBM,
 - 54.) Kostenpauschalen für endoskopische Zusatzinstrumente nach den GOP 40460, 40461 und 40462 EBM, 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 EBM, jeweils einschließlich Suffices, abgerechnet werden,
 - 55.) Vakuumversiegelung nach den GOP 02314, 40900 bis 40903 EBM,
 - 56.) Leistungen im Rahmen vertragsärztlicher und sektorenübergreifender Telekonsile gemäß der Telekonsilien-Vereinbarung nach den GOP 01670 bis 01672 EBM,
 - 57.) Kostenpauschalen postalische Versendung nach den GOP 40128 und 40129 EBM,
 - 58.) Leistungen im Rahmen der Tumortherapiefelder (TTF) zur Behandlung des Glioblastoms nach dem neu aufgenommenen Abschnitt 30.3.2 EBM,
 - 59.) Zusatzpauschalen für Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit der ePA nach den GOP 01431 und 01647 EBM,
 - 60.) DiGA nach den GOP 01471, 01472, 01473, 01474, 01475, 01476, 01477, 01478, 01479, 01481, 30780, 30781 EBM,
 - 61.) Sektorenübergreifende Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte nach der GOP 01648 EBM, zunächst befristet bis zum 30.06.2026,
 - 62.) Leistungen des EBM-Abschnitts 8.6 und der Kostenpauschalen des EBM Abschnitts 40.12 im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder Keimzellgewebe,
 - 63.) 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 EBM sowie den GOP 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781 EBM im Zusammenhang mit Leistungen der Kryokonservierung (Kennzeichnung dieser Begleitleistungen durch den Arzt mit Suffix K),
- 64.) LDR-Brachytherapie nach den GOP 25335 und 25336 EBM,
- 65.) Unterkieferprotrusionsschiene bei Schlafapnoe nach den GOP 30902 und 30905 EBM sowie Leistungen nach den GOP 30900 und 30901 EBM im Zusammenhang mit den GOP 30902 und 30905 EBM,
- 66.) Probatorische Sitzungen im Gruppensetting nach den GOP 35163 bis 35169 EBM,
- 67.) Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung nach den GOP 35173 bis 35179 EBM,
- 68.) Telemonitoring Herzinsuffizienz nach den GOP 03325, 03326, 04325, 04326, 13578, 13579, 13583 bis 13587 und 40910 EBM,
- 69.) Beratung zur Organ- und Gewebespende nach GOP 01480 EBM,
- 70.) Vergütung der Verlaufskontrolle und Auswertung einer vorläufigen DiGA nach der GOP 86700 EBM sowie die Erstverordnung einer vorläufigen DiGA durch Kinderärzte nach der GOP 86701 EBM,
- 71.) Leistungen der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Komplexversorgung nach Abschnitt 37.5 EBM sowie die Leistungen nach den GOP 22220 und 23220 EBM, 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,
- 72.) Leistungen im Zusammenhang mit der außerklinischen Intensivpflege gem. AKI-RL nach Kapitel 37.7 EBM und den GOP 09315 und 13662 EBM im Zusammenhang mit der Durchführung einer Erhebung gem. § 5 der AKI-RL über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Suffix A),
- 73.) Leistungen des Kapitels 25 (Strahlentherapie); ausgenommen der GOP 25215 EBM (Hygienezuschlag),
- 74.) Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung einer Hochfrequenzablation des Endometriums mittels Netzelektrode nach der GOP 40685 EBM,
- 75.) Feststellung der medizinischen Notwendigkeit einer Mitaufnahme einer Begleitperson im Vorfeld einer nicht geplanten Krankenhausbehandlung und formlose Bescheinigung gemäß § 3 Abs. 2 der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach der GOP 01615 EBM,
- 76.) kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen des Abschnitts 14.2 EBM sowie der GOP 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314 EBM,
- 77.) Externe elektrische Kardioversion einschließlich Sachkosten nach den GOP 04421 und GOP 13552 EBM sowie Leistungen nach den GOP 05310, 05341,

- 33022 und 33023 EBM im Zusammenhang mit Leistungen nach den GOP 04421 und GOP 13552 EBM,
- 78.) Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie nach der GOP 34291 EBM, Zuschlag zur Intervention (PTCA, Stent) nach der GOP 34292 EBM, Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiographie nach der GOP 01521 EBM sowie Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie nach der GOP 01522 EBM,
- 79.) Beobachtung und Betreuung eines Patienten nach den GOP 01500, 01501, 01502 so-wie 01503 EBM,
- 80.) Meldung von Anhaltspunkten einer möglichen Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz nach der GOP 01681 EBM sowie Fallbesprechung mit dem Jugendamt im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz nach der GOP 01682 EBM. Die GOP 01681 und 01682 EBM sind nur dann abrechenbar, wenn es gem. § 73c SGB V Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz gibt,
- 81.) Zuschläge für zusätzlichen Hygieneaufwand nach den GOP 01858, 01859 und 01907 EBM,
- 82.) Zuschlag zu einem Eingriff nach Abschnitt 31.2.2 oder 36.2.2 für die zugehörige Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Daten bezüglich einer implantatbezogenen Maßnahme nach der GOP 01965 EBM sowie Zuschlag zu einem Eingriff nach Abschnitt 31.2.4 oder 36.2.4 für die zugehörige Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Daten über eine implantatbezogene Maßnahme an die Register- und Vertrauensstelle sowie die Patienteninformation nach der GOP 01966 EBM,
- 83.) Kostenpauschale für die Meldegebühr im Zusammenhang mit der Meldung einer implantatbezogenen Maßnahme nach der GOP 40162 EBM,
- 84.) Perkutane Biopsie nach der GOP 02344 EBM,
- 85.) Leistungen nach den GOP 33040, 33042, 33043, 33050, 33091, 33092, 34430, 34441 und 34442 EBM, die im Zusammenhang mit Leistungen nach der GOP 02344 EBM als Leistungen gemäß des Vertrages nach §115b SGB V durchgeführt werden,
- 86.) Angiokardiographie nach der GOP 34290 EBM,
- 87.) Prophylaxe gegen Respiratorische Synzytial Viren (RSV) gemäß § 1 RSV-Prophylaxeverordnung nach der GOP 01941 EBM,
- 88.) Zuschlag zur GOP 01941 EBM für zusätzliche Aufgaben im Rahmen der Injektion der RSV-Prophylaxe gemäß § 1 RSV-Prophylaxeverordnung nach der GOP 01942 EBM,

- 89.) Aufklärung und Beratung zur Prophylaxe gegen RSV gemäß § 1 RSV-Prophylaxeverordnung ohne nachfolgende intramuskuläre Injektion nach der GOP 01943 EBM (befristet bis zum 15.09.2026),
- 90.) Grundpauschale nach der GOP 01700 EBM für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 12 zugelassen sind, für Auftragsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01738, 01783, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01865 bis 01867, 01869, 01930 bis 01936, 30954 und 30956 EBM,
- 91.) Grundpauschale nach der GOP 01701 EBM für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 3 bis 11 oder 13 bis 27 zugelassen sind, für Auftragsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01738, 01783, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01869, 30954 und 30956 EBM,
- 92.) Leistungen der spezifischen Versorgung gemäß der Long-COVID-Richtlinie nach den GOP 37800, 37801, 37802, 37804 und 37806 EBM,
- 93.) Zuschlag zur Kostenpauschale 40110 EBM für einen Versand an das Screeninglabor nach der Kostenpauschale 40102 EBM,
- 94.) CT-Koronarangiographie nach der GOP 34370 EBM sowie interdisziplinäre Fallkonferenz nach erfolgter CT-Koronarangiographie nach der GOP 34371 EBM,
- 95.) Leistungen der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Komplexversorgung nach Abschnitt 37.6 EBM sowie die Leistungen nach den GOP 22220 und 23220 EBM, die häufiger als 15-mal und bis zum gemäß EBM geltenden Höchstwert im Behandlungsfall im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.6 abgerechnet werden,
- 96.) Kostenpauschale GOP 40909 EBM für einen erforderlichen Transmitter im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung(en) nach der/den GOP 04414, 04416, 13574, 13576 oder 13584 EBM,
- 97.) Fraktursonographie bei Kindern nach der GOP 33053 EBM,
- 98.) Kostenpauschale für den Teststoff Indozyaningrün nach der GOP 40682 EBM bei Durchführung einer Fluoreszenzangiographischen Untersuchung im Zusammenhang mit den GOP 06331 oder 06332 EBM.

III. Förderungswürdige Leistungen

1. Förderung belegärztlicher Geburten

Gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V i. V. m. B-BWA in der 433. Sitzung Teil B erfolgt in 2025 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.

2. 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 2025 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 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 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 des reduzierten Tätigkeitsumfanges ist von einer weiteren Steigerung der Fallzahl derzeit nicht auszugehen. Die Abrechnungsentwicklung erfolgte jedoch unter diesen Gegebenheiten im erwarteten Rahmen. Die Fortführung dieser Förderung ist für die ambulante Versorgung dennoch sinnvoll und für die Krankenkassen durch die Einsparung stationärer Aufenthalte wirtschaftlich. Daher 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 2 Prozent in 2026. Basis für die Evaluation für das erste Halbjahr 2026 sind die entsprechenden Vorjahresquartale des Jahres 2025.

3. Förderung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger

Gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V i.V.m. B-BWA in der 456. Sitzung erfolgt in Schleswig-Holstein im Jahr 2025 eine Förderung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger als förderungswürdige Leistung in Höhe von maximal 400.000 Euro.

Dem zunehmenden Rückzug vieler Ärzte aus der Substitutionsbehandlung sowie der altersbedingten Praxisaufgabe substituierender Ärzte steht eine Zunahme der Anzahl der Substitutionspatienten gegenüber³. In ländlichen Regionen aber auch in den Städten in Schleswig-Holstein zeichnet sich ein zunehmender Versorgungsmangel im Bereich der Substitutionsbehandlung ab. Durch die Förderung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger streben die regionalen Gesamtvertragspartner die Aufrechterhaltung der vertragsärztlichen Substitutionsbehandlung an.

Opioidabhängigkeit ist eine schwere chronische Krankheit, die eine lebenslange Behandlung erfordert⁴. Durch die substitutionsgestützte Behandlung soll das Überleben des Patienten sichergestellt werden sowie u.a. sein Gesundheitszustand und die gesundheitsbezogene Lebensqualität stabilisiert bzw. verbessert werden⁵. Der substituierende Arzt hat die Aufgabe, mit dem Patienten zielorientierte motivierende Gespräche zu führen, in denen „realistischerweise erreichbare Therapieziele angesprochen, für diese motiviert und [...] unterstützende Begleitmaßnahmen vereinbart werden“⁶. Im Rahmen therapeutischer Gespräche (GOP 01952 EBM) soll zudem eine mögliche

³ Vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: Bericht zum Substitutionsregister, Januar 2023.

⁴ Vgl. G-BA: Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung, Anlage 1 Nr. 2, Januar 2023.

⁵ Ebd.

⁶ Ebd.

Opioidabstinenz thematisiert werden. Therapeutische Gespräche sind im weiteren Verlauf insbesondere für Patienten mit instabilem Verlauf oder schwerwiegenden Komorbiditäten notwendig⁷. Patienten, die an einer Opiatsubstitution/Methadonsubstitution (Z51.83) teilnehmen, mit folgenden einzel- oder multimorbiden Erkrankungen sollen im Rahmen der zusätzlichen Gesprächstherapie stabilisiert werden:

F10._ Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

F11._ Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide

F12._ Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide

F13._ Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotik

F14._ Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain

F16._ Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene

F18._ Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel

F19._ Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

Ein Patient in einer instabilen Lebenssituation kann ggf. durch vermehrte Gespräche stabilisiert werden. Der mit einem Patienten verbundene Aufwand hängt folglich eng mit seinem Gesprächsbedarf zusammen. Viele Betroffene nehmen mehrere Substanzarten zu sich und sind zusätzlich in den krankheitsspezifischen Entwicklungen differenziert zu betrachten. Mit Hilfe der vierten Stellen - der zur vorgenannten ICD-10-GM Dokumentation - lassen sich die patientenindividuellen Ausprägungen abbilden:

.0 Akute Intoxikation [akuter Rausch]

.1 Schädlicher Gebrauch

.2 Abhängigkeitssyndrom

.3 Entzugssyndrom

.4 Entzugssyndrom mit Delir

.5 Psychotische Störung

.6 Amnestisches Syndrom

.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung

⁷ Vgl. IGES: Beitrag eines Vergütungskonzepts zu Zukunftssicherung der ambulanten Substitutions-therapie, September 2021.

.8 Sonstige psychische und Verhaltensstörungen

.9 Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung

Die Gesamtvertragspartner in Schleswig-Holstein vereinbaren die Förderung der Substitution; insbesondere die Förderung des therapeutischen Gespräches (GOP 01952 EBM), um die Compliance der Patienten zu stärken und um die Anzahl der substituierenden Ärzte zu erhöhen.

Die Vergütung der therapeutischen Gespräche gem. GOP 01952 EBM ist im Behandlungsfall auf vier pro Quartal begrenzt. Während der Coronavirus-Pandemie wurde die Anzahl auf acht erhöht. Auswertungen der regionalen Gesamtvertragspartner in Schleswig-Holstein zeigen, dass die Möglichkeit zur Ausweitung der Gespräche gerade bei den Patienten mit erhöhtem Betreuungsaufwand angewendet wurde und den notwendigen Behandlungsaufwand besser darstellte.

Die Förderung erfolgt zweistufig. Zum einen wird ein extrabudgetärer Zuschlag (Pseudo-GOP 90402C) in Höhe von 15 Euro einmal im Behandlungsfall von der KVSH zugesetzt, wenn im Behandlungsfall die GOP 01952 EBM das erste Mal abgerechnet wurde. Zum anderen erfolgt auf das vierte Gespräch ein Zuschlag, wenn im Behandlungsfall die GOP 01952 EBM viermal abgerechnet wurde und bis zu zwei weitere therapeutische Gespräche mit dem Patienten geführt wurden. In diesem Fall erhält die Praxis auf das 4. Gespräch einen Zuschlag jeweils in Höhe der EBM-Vergütung für die GOP 01952 EBM (19,62 Euro in 2026) für das 5. (Pseudo-GOP 90402D) und 6. Gespräch (Pseudo-GOP 90402E). Die Pseudo-GOP 90402D und 90402E sind vom Arzt anzusetzen.

Diese Maßnahmen sollen zum einen dazu beitragen, dass jeder Patient im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung pro Quartal mindestens ein therapeutisches Gespräch erhält; zum anderen kann durch die Vergütung weiterer Gespräche instabilen Patienten gezielter geholfen werden. Dadurch kann der Behandlungserfolg i.S. der Compliance des Patienten verbessert werden. Auch soll mit dieser Förderung eine Verbesserung der sozialen Verhältnisse der Patienten (z.B. festen Wohnsitz, Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses) und eine Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Drogenberatungsstellen erreicht werden.

Die regionalen Gesamtvertragspartner vereinbaren, die Entwicklung der therapeutischen Gespräche zu beobachten und zu evaluieren; ggf. kann die Vereinbarung während der Laufzeit angepasst werden.

Die Krankenkassen/-verbände erhalten quartalsweise von der KVSH nach der ärztlichen Abrechnung eine Auswertung zur Förderung (BSNR/ LANR, Leistungstag, Diagnosen (auch Mehrfachdiagnosen), Anzahl Leistungen nach den Pseudo-GOP 90402C, 90402D und 90402E).

Mit der Förderung zusätzlicher notwendiger therapeutischer Gespräche vereinbaren die regionalen Gesamtvertragspartner einen Anteil der Patienten mit mehr als vier therapeutischen Gesprächen von 30 Prozent der Gesamtpatientenanzahl. Für die Evaluation werden jeweils die Quartale 1/2025 bis 2/2025 mit den Quartalen 1/2026 bis 2/2026 verglichen.

Die Zuschläge werden mit den Pseudo-GOP 90402C, 90402D und 90402E 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 2026 erfolgt gemäß den aktuellen Beschlüssen.

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 2026 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, § 291b Abs. 5, § 341 Abs. 6 und § 360 Abs. 17 SGB V

Honorarabschläge nach § 95d Abs. 3, § 291b Abs. 5, § 341 Abs. 6 sowie § 360 Abs. 17 SGB V (ab 02.05.2024) 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 3 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. Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V

Soweit es in der Quartalsabrechnung zu einem Überschuss kommt, d. h. die bereitgestellte Vergütung in diesem Vorwegabzug übersteigt die Menge der abgerechneten Leistungen in diesem Vorwegabzug, werden die vorhandenen Finanzmittel entsprechend des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Kinderarzt-MGV in der aktuellen Fassung verrechnet bzw. ausgezahlt. Gültiger Beschluss im 4. Quartal 2025: B-BWA 810. Sitzung.

8. Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung gemäß § 87a Abs. 3c Satz 11 SGB V

Soweit es in der Quartalsabrechnung zu einem Überschuss kommt, d. h. die bereitgestellte Vergütung in diesem Vorwegabzug übersteigt die Menge der abgerechneten Leistungen in diesem Vorwegabzug, werden die vorhandenen Finanzmittel entsprechend des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Hausarzt-MGV in der aktuellen Fassung verrechnet bzw. ausgezahlt. Gültiger Beschluss im 4. Quartal 2025: E-B-BWA 85. Sitzung.

9. Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein bzw. durch gesetzliche oder untergesetzliche Neuerungen unwirksam 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 01.01.2026 bis 31.12.2026.
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.

Honorarvereinbarung 2026

Bad Segeberg, den 23/11/26 Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein



[Handwritten signature]

.....
(Unterschrift)

Dortmund, den

AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.

.....
(Unterschrift)

Hamburg, den

BKK-Landesverband NORDWEST

.....
(Unterschrift)

Lübeck, den

IKK – Die Innovationskasse

.....
(Unterschrift)

Honorarvereinbarung 2026

Bad Segeberg, den

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

.....
(Unterschrift)

Dortmund, den 29.01.2026

AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.



AOK NORDWEST
Die Gesundheitskasse.
58079 Hagen

.....
(Unterschrift)

Hamburg, den

BKK-Landesverband NORDWEST

.....
(Unterschrift)

Lübeck, den

IKK – Die Innovationskasse

.....
(Unterschrift)

Bad Segeberg, den

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

.....
(Unterschrift)

Dortmund, den

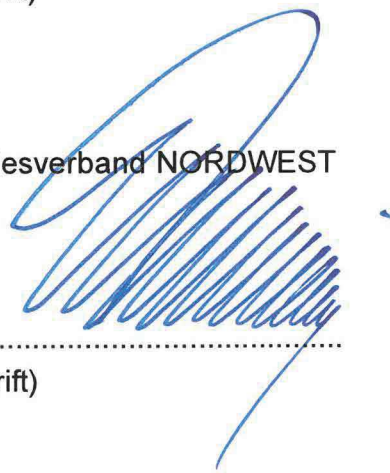
AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.

.....
(Unterschrift)

Hamburg, den 02.02.2026

BKK-Landesverband NORDWEST

.....
(Unterschrift)



Lübeck, den

IKK – Die Innovationskasse

.....
(Unterschrift)

Honorarvereinbarung 2026

Bad Segeberg, den

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

.....
(Unterschrift)

Dortmund, den

AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.

.....
(Unterschrift)

Hamburg, den

BKK-Landesverband NORDWEST

.....
(Unterschrift)

Lübeck, den 26/1/26

IKK – Die Innovationskasse


.....
(Unterschrift)

Kiel, den 29.1.26

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

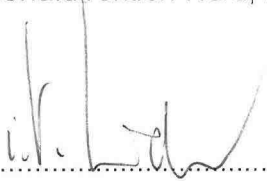
.....
(Unterschrift)

Hamburg, den

09.02.26

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 05.02.2026

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


.....
(Unterschrift)