

**Vereinbarung zur Honorierung
vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2025
mit Wirkung zum 1. Januar 2025**

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)

schließen unter Bezugnahme auf § 87 a Abs. 2 bis 6 SGB V die folgende Vereinbarung zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen ab 1. Januar 2025.

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. 15.)
Anlage 3	Förderung der rheumatologischen Versorgung
Anlage 3a	qualifizierter Arztbrief/Befund- und Überleitungsbogen Rheumatologie für den Hausarzt
Anlage 4	Gekennzeichnete Leistungen im Verzeichnis nach § 59 BMV-Ä

Abkürzungen:

aMGV	außerhalb morbiditätsbedingter Gesamtvergütung
(E)BWA	(erweiterter) Bewertungsausschuss
B-(E)BWA	Beschluss des Bewertungsausschusses bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses
GOP	Gebührenordnungsposition des EBM
MGV	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
OW	Orientierungswert
TSS	Termin-Servicestelle
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz

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

Präambel

Diese Vereinbarung regelt die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2025.

Diese Honorarvereinbarung beruht auf der aktuellen Gesetzeslage und den jeweils aktuell gültigen Beschlüssen des (erweiterten) Bewertungsausschusses.

Teil A Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

1. Grundsätze

Die quartalsbezogene MGV bildet sich nach den jeweils geltenden Beschlüssen des BWA.

Die ermittelte MGV wird mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (mit Ausnahme der außerbudgetären Leistungen gemäß Teil B sowie Teil C dieser Vereinbarung) gezahlt.

2. Berechnung des Behandlungsbedarfs

Ausgangspunkt der Berechnung kassenspezifischer Behandlungsbedarfe für ein Abrechnungsquartal ist die Feststellung des insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort in Schleswig-Holstein für das Vorjahresquartal vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs.

Hierzu wird die gemäß Beschluss Teil C des BWA in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch B-BWA in seiner 369. Sitzung bzw. gemäß entsprechender Folgebeschlüsse vorliegende Datenlieferung der kassenseitigen Rechnungslegung in der Satzart KASSRG87aMGV_SUM verwendet.

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

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

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

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

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

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

3. Anpassung des Behandlungsbedarfs (vgl. Anlage 1)

3.1 Erhöhung und Bereinigung des Behandlungsbedarfs

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

a.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckung des Zweitmeinungsverfahrens für Amputationen beim diabetischen Fußsyndrom

Gemäß B-BWA in der 430. Sitzung erfolgt die Überführung der GOP 01645D EBM (Zweitmeinungsverfahren Amputationen beim diabetischen Fußsyndrom) sowie der entsprechenden Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM ab dem Quartal 2/2024 in die MGV.

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

b.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckung des Zweitmeinungsverfahrens für die Indikation Eingriffe an der Wirbelsäule

Gemäß B-BWA in der 430. Sitzung erfolgt die Überführung der GOP 01645F EBM (Zweitmeinungsverfahren Eingriffe an der Wirbelsäule) sowie der entsprechenden Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM ab dem Quartal 4/2024 in die MGV.

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

c.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckung der ärztlichen Stellungnahme vor Verordnung von Cannabis

In den Quartalen 1/2025 bis 4/2025 erfolgt gemäß B-BWA in der 726. sowie 405. Sitzung die Überführung der GOP 01626 EBM (ärztliche Stellungnahme vor Verordnung von Cannabis) in die MGV.

d.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Leistung zur Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektion

In den Quartalen 1/2025 bis 4/2025 erfolgt gemäß B-BWA in der 726. sowie 429. Sitzung die Überführung der GOP 01650 EBM (Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektion) in die MGV.

e.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Balneophototherapie

In den Quartalen 1/2025 bis 4/2025 erfolgt gemäß B-BWA in der 726. sowie 225. Sitzung die Überführung der GOP 10350 EBM (Balneophototherapie) in die MGV.

f.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom

In den Quartalen 1/2025 bis 4/2025 erfolgt gemäß B-BWA in der 726. sowie 426. Sitzung die Überführung der GOP 30210, 30212, 30216 und 30218 EBM (Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom) in die MGV.

g.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der MRSA-Diagnostik und Therapie

In den Quartalen 1/2025 bis 4/2025 erfolgt gemäß B-BWA in der 726. sowie 323. Sitzung die Überführung der Leistungen des Abschnitts 30.12 EBM sowie der GOP 30960 und 30961 EBM (MRSA-Diagnostik und Therapie) in die MGV.

h.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen

In den Quartalen 1/2025 bis 4/2025 erfolgt gemäß B-BWA in der 726. sowie 386. Sitzung die Überführung der Leistungen des Abschnitts 34.8 EBM (Telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen) in die MGV.

i.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Kapselendoskopie

In den Quartalen 1/2025 bis 4/2025 erfolgt gemäß B-BWA in der 726. sowie 740. Sitzung die Überführung der GOP 04528, 04529, 13425 und 13426 EBM (Kapselendoskopie) in die MGV.

j.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Kostenpauschale bei Verwendung von Radium-223-dichlorid

In den Quartalen 1/2025 bis 4/2025 erfolgt gemäß B-BWA in der 726. sowie 343. Sitzung die Überführung der GOP 40582 EBM (Kostenpauschale bei Verwendung von Radium-223-dichlorid) in die MGV.

k.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Verordnung von medizinischer Rehabilitation

In den Quartalen 1/2025 bis 4/2025 erfolgt gemäß B-BWA in der 674. sowie 416. Sitzung die Überführung der GOP 01611 EBM (Verordnung von medizinischer Rehabilitation) in die MGV.

l.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Videofallkonferenz mit der Pflege(fach)kraft

In den Quartalen 1/2025 bis 4/2025 erfolgt gemäß B-BWA in der 685. sowie 453. Sitzung die Überführung der GOP 01442 EBM (Videofallkonferenz mit der Pflege(fach)kraft) in die MGV.

m.) Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung des Nukleinsäurenachweis vom Orthopoxvirus

In den Quartalen 1/2025 bis 4/2025 erfolgt gemäß B-BWA in der 620. Sitzung die Überführung der GOP 32810 EBM (Nukleinsäurenachweis vom Orthopoxvirus) in die MGV.

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 2025 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 734. Sitzung erfolgt in den Quartalen 1/2025 bis 4/2025 eine basiswirksame **Anhebung** des Behandlungsbedarfs um jeweils 0,0496 %.

3.2 Bereinigter Behandlungsbedarf über alle Krankenkassen (Punktzahl)

Die nach Punkt 3.1 erfolgte Anpassung des Behandlungsbedarfs aller Krankenkassen bildet die Grundlage für die Aufteilung des Behandlungsbedarfs auf die einzelnen Krankenkassen.

4. Ermittlung der kassenspezifischen Anteile am vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal

Der nach Punkt 3.2 ermittelte Behandlungsbedarf wird nun entsprechend des Anteils der für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort in Schleswig-Holstein im Vorjahresquartal abgerechneten Leistungen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung, die im Abrechnungsquartal der MGV zugehören, an der für Versicherte aller Krankenkassen mit Wohnort in Schleswig-Holstein im Vorjahresquartal nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung insgesamt abgerechneten Leistungen, die im Abrechnungsquartal der MGV zugehören, auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt. Die abgerechneten Leistungen werden auf der Grundlage der Satzart ARZTRG87aKA_IK und ARZTRG87aNVI_IK bestimmt. Hierbei werden die Anpassungen analog zu Punkt 3.1 durchgeführt.

Der nach Punkt 3.2 ermittelte Behandlungsbedarf aller Krankenkassen wird hierfür mit dem zuvor bestimmten prozentualen Anteil je Krankenkasse multipliziert und anschließend um die Leistungsmenge des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens im Rahmen des Bereinigungsverzichts (vgl. B-BWA, 383. Sitzung, Punkt 2.2.2 i. V. m. B-BWA 372. Sitzung, Punkt 4.7, Absatz 7, bzw. gemäß entsprechender Folgebeschlüsse) **erhöht**.

Die sich daraus ergebenden kassenspezifischen Anteile werden in Anlage 1 zum Honorarvertrag dargestellt.

5. Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

5.1 Behandlungsbedarf je Krankenkasse

Der sich nach Punkt 4 ergebende Behandlungsbedarf je Krankenkasse wird durch die Anzahl der Versicherten des jeweiligen entsprechenden Vorjahresquartals dividiert gemäß der Datenlieferungen ANZVER87a und mit der Anzahl der Versicherten des jeweiligen entsprechenden aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert gemäß der Datenlieferungen ANZVER87a.

Sofern eine Krankenkasse Versicherte mit Wohnsitz im Ausland hat, kann sich die Krankenkasse bzw. der jeweilige Gesamtvertragspartner mit der KVSH in einer gesonderten Vereinbarung über deren Berücksichtigung bei der Berechnung der MGV verständigen.

Die Vertragspartner vereinbaren die Lieferung der Anzahl der „Besonderen Personengruppe 9“ in der ANZVER87a. Diese Anzahl wird bei der Bestimmung der MGV jedoch nicht berücksichtigt (369. Sitzung BWA).

5.2 Erhöhung des Behandlungsbedarfs

Der sich nach Punkt 5.1 ergebende Behandlungsbedarf wird für das Jahr 2025 basierend auf dem B-BWA 732. Sitzung basiswirksam erhöht um:

0,0736 % 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 2025 beträgt der vereinbarte OW zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen gemäß B-BWA 733. Sitzung 12,3934 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 § 87b Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V genannten Leistungen (Leistungen des Grundbetrages der Kinder- und Jugendmedizin) entfallende MGV nicht ausreicht, um die vollständige Vergütung dieser Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu gewährleisten. Das Verfahren zur Ermittlung der kassenspezifischen Anteile an den Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V erfolgt gem. B-BWA 654.

Sitzung Nr. 3. Die Maßnahmen zur Transparenz sind gemäß Nr. 7 des 653. B-BWA geregelt und werden von den regionalen Gesamtvertragspartnern entsprechend umgesetzt.

7. 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.

8. 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.

9. Berechnung der MGV bei Fusionen und Neugründungen von Krankenkassen

9.1 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.

9.2 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.

9.3 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.) 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.) Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis gemäß GOP 01833 EBM im Rahmen der Empfängnisregelung nach Abschnitt 1.7.5 EBM,
 - 11.) Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36 EBM, die GOP 13311 EBM, 17370 EBM und Geburtshilfe [Leistungen des Abschnitts 8.4 des EBM]),
 - 12.) Belegärztliche Begleitleistungen,
 - 13.) Leistungen des Kapitels 31 EBM sowie die GOP 13421 bis 13431 EBM sowie die GOP 04514, 04515, 04518 und 04520 EBM,
 - 14.) 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. 13.) enthalten sind. Bei Kataloganpassung sind die Leistungen zu bereinigen,
 - 15.) 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,
 - 16.) Betreuungsleistungen nach den GOP 16230 und 21230 EBM,
 - 17.) Neuropsychologische Therapie nach Abschnitt 30.11 EBM,
 - 18.) Polysomnographie nach der GOP 30901 EBM,

- 19.) Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150 EBM) aller Arztgruppen,
- 20.) MRT-Angiographie (GOP 34470 bis 34492 EBM) und MRT-Mammographie (GOP 34431 EBM),
- 21.) 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,
- 22.) Osteodensitometrische Untersuchung II (GOP 34601 EBM),
- 23.) Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe (GOP 06334, 06335, und 36371 bis 36373 EBM),
- 24.) 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,
- 25.) GOP 04356 EBM (Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 04355 EBM für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung),
- 26.) 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),
- 27.) Besondere genetische Untersuchungen nach den Leistungen des Abschnitts 19.4.4 EBM, nach der GOP 32865, 32911 und 11601 EBM,
- 28.) Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung nach den Leistungen des Abschnitts 30.13 EBM,
- 29.) Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen nach Kapitel 37 Abschnitt 2 EBM,
- 30.) Delegationsfähige Leistungen nach den GOP 38200, 38202, 38205 und 38207 EBM,
- 31.) Kostenpauschale nach der GOP 40306 EBM,
- 32.) 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,
- 33.) Elektronischer Arztbrief nach den GOP 86900 und 86901 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.) Videosprechstunde nach den GOP 01450 und 01444 EBM (die GOP 01444 EBM ist befristet bis zum 31.12.2025),
- 35.) Leistungen im Zusammenhang mit der kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten nach den GOP 03355, 04590 und 13360 EBM,
- 36.) Leistungen im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde und der psychotherapeutischen Akutbehandlung nach den GOP 35151 und 35152 EBM,
- 37.) Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Kapitel 37 Abschnitt 3 EBM,
- 38.) Epilation mittels Lasertechnik nach den GOP 02325, 02326, 02327 und 02328 EBM,
- 39.) Leistungen im Rahmen der HLA-Antikörperdiagnostik nach den GOP 32915 bis 32918 EBM, GOP 32939 bis 32943 EBM sowie GOP 32948 und 32949 EBM,
- 40.) Leistungen im Rahmen des Notfalldatenmanagements nach den GOP 01640, 01641 und 01642 EBM,
- 41.) 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,
- 42.) Zuschlag nach GOP 01613 EBM bei Verordnung einer geriatrischen Reha,
- 43.) Leistungen im Rahmen der Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve nach den GOP 34298 und 40301 EBM,
- 44.) 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,
- 45.) Leistungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens gemäß GOP 01645 EBM (ohne Suffices A, B, C, D, E bzw. F) sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM,
- 46.) Leistungen im Rahmen der Versorgungsplanung nach § 132g Abs. 3 SGB V gemäß der GOP 37400 EBM,
- 47.) Leistungen im Rahmen der Extrakorporalen Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz gemäß der GOP 30440 EBM,
- 48.) Hornhautvernetzung mit Riboflavin nach den GOP 06362 und 40681 EBM,
- 49.) 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,
- 50.) HIV-Präexpositionsprophylaxe nach dem EBM-Abschnitt 1.7.8 bis 31.12.2025,
 - 51.) Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA nach der GOP 32850 EBM bis 31.12.2025,
 - 52.) Optische Kohärenztomographie nach den GOP 06336 bis 06339 EBM,
 - 53.) Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion beim Lipödem Stadium III nach der GOP 40165 EBM,
 - 54.) Biomarkerbasierte Tests beim primären Mammakarzinom nach den GOP 08347 und 13507 EBM,
 - 55.) Nukleinsäurenachweis des neuartigen Coronavirus nach der GOP 32816 EBM,
 - 56.) 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, 04538, 13678, 30133, 30134, 30320 bis 30323, 30326, 32674, 32820, 32867 bis 32869, 33105, 40167 EBM,
 - 57.) 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,
 - 58.) Vakuumversiegelung nach den GOP 02314, 40900 bis 40903 EBM,
 - 59.) Direktnachweis von SARS-CoV-2 mittels Antigentest nach GOP 32779 EBM,
 - 60.) Leistungen im Rahmen vertragsärztlicher und sektorenübergreifender Telekonsile gemäß der Telekonsilien-Vereinbarung nach den GOP 01670 bis 01672 EBM,
 - 61.) Kostenpauschalen postalische Versendung nach den GOP 40128 und 40129 EBM,
 - 62.) Leistungen im Rahmen der Tumortherapiefelder (TTF) zur Behandlung des Glioblastoms nach dem neu aufgenommenen Abschnitt 30.3.2 EBM,
 - 63.) Zusatzpauschalen für Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit der ePA nach den GOP 01431 und 01647 EBM,

- 64.) DiGA nach den GOP 01471, 01472, 01473, 01474, 01475, 01476, 01477, 01478, 30780, 30781 EBM
- 65.) Sektorenübergreifende Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte nach der GOP 01648 EBM, zunächst befristet bis zum 31.12.2025,
- 66.) 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,
- 67.) 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),
- 68.) Biomarkerbasierte Tests nach den GOP 19503 und 19505 EBM,
- 69.) LDR-Brachytherapie nach den GOP 25335 und 25336 EBM,
- 70.) 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,
- 71.) Probatorische Sitzungen im Gruppensetting nach den GOP 35163 bis 35169 EBM,
- 72.) Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung nach den GOP 35173 bis 35179 EBM,
- 73.) Leistungen nach den GOP 01410 und 01413 EBM in Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gem. § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie,
- 74.) Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des Oncotype DX Breast Recurrence Score® nach der GOP 19506 EBM,
- 75.) Telemonitoring Herzinsuffizienz nach den GOP 03325, 03326, 04325, 04326, 13578, 13579, 13583 bis 13587 und 40910 EBM,
- 76.) Beratung zur Organ- und Gewebespende nach GOP 01480 EBM,
- 77.) 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,
- 78.) 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,

- 79.) 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),
- 80.) Leistungen des Kapitels 25 (Strahlentherapie); ausgenommen der GOP 25215 EBM (Hygienezuschlag),
- 81.) Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung einer Hochfrequenzablation des Endometriums mittels Netzelektrode nach der GOP 40685 EBM,
- 82.) 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,
- 83.) kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen des Abschnitts 14.2 EBM sowie der GOP 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314 EBM,
- 84.) 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,
- 85.) Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie nach der GOP 34291 EBM, Zuschlag zur Intervention (PTCA, Stent) nach der GOP 34292 EBM, Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiografie 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,
- 86.) Beobachtung und Betreuung eines Patienten nach den GOP 01500, 01501, 01502 so-wie 01503 EBM,
- 87.) 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,
- 88.) Zuschläge für zusätzlichen Hygieneaufwand nach den GOP 01858, 01859 und 01907 EBM,
- 89.) 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,
- 90.) Kostenpauschale für die Meldegebühr im Zusammenhang mit der Meldung einer implantatbezogenen Maßnahme nach der GOP 40162 EBM,

- 91.) Perkutane Biopsie nach der GOP 02344 EBM,
- 92.) 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,
- 93.) Angiokardiographie nach der GOP 34290 EBM,
- 94.) Prophylaxe gegen Respiratorische Synzytial Viren (RSV) gemäß § 1 RSV-Prophylaxeverordnung nach der GOP 01941 EBM,
- 95.) Zuschlag zur GOP 01941 EBM für zusätzliche Aufgaben im Rahmen der Injektion der RSV-Prophylaxe gemäß § 1 RSV-Prophylaxeverordnung nach der GOP 01942 EBM,
- 96.) 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),
- 97.) 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,
- 98.) 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.

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 ausschließlich in den ersten zwei Quartalen des Jahres 2025 die Förderung der ambulanten rheumatologischen Versorgung in Schleswig-Holstein gemäß Anlage 3 dieser Vereinbarung außerhalb der MGV.

Aufgrund des dann abrechenbaren DMP Rheumatoide Arthritis ist die Laufzeit dieser Förderung begrenzt.

2. Förderung belegärztlicher Geburten

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

3. Förderung Kinder-MRT

Gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V i.V.m. B-BWA in der 456. Sitzung erfolgt in Schleswig-Holstein in 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 einer verringerten Leistungserbringerzahl ab dem Quartal 1/2023 und einer zusätzlichen Reduzierung des Tätigkeitsumfanges halbierte sich im vergangenen Evaluationszeitraum (Vergleich des ersten Halbjahres 2023 mit dem ersten Halbjahr 2022) die Anzahl der nach der Förderung behandelten Kinder zwischen 0 und 6 Jahren. Die Abrechnungsentwicklung erfolgte unter diesen Gegebenheiten im erwarteten Rahmen. Die Fortführung dieser Förderung ist für die ambulante Versorgung 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 2025. Basis für die Evaluation für das erste Halbjahr 2025 sind die entsprechenden Vorjahresquartale des Jahres 2024.

4. Förderung der substitions-gestützten 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 substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger als förderungswürdige Leistung in Höhe von maximal 300.000 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 substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger streben die regionalen Gesamtvertragspartner die Aufrechterhaltung der vertragsärztlichen Substitutionsbehandlung an.

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

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 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:

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

⁵ Ebd.

⁶ Ebd.

⁷ Vgl. IGES: Beitrag eines Vergütungskonzepts zu Zukunftssicherung der ambulanten Substitutionstherapie, September 2021.

- .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
- .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 (19,09 Euro in 2025) 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 instabiler 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 eine Steigerung der Patienten mit mehr als vier therapeutischen Gesprächen auf 30 Prozent der Gesamtpatientenanzahl. Für die Evaluation werden jeweils die Quartale 1/2024 bis 2/2024 mit den Quartalen 1/2025 bis 2/2025 verglichen.

Des Weiteren streben die regionalen Gesamtvertragspartner eine Erhöhung der Anzahl der Leistungserbringer bis zum 31.12.2025 an. Ziel ist es, insgesamt vier neue Leistungserbringer anzusiedeln: im Kreis Dithmarschen, in der Stadt Plön, in der Stadt Rendsburg und in der Stadt Neumünster.

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 2025 erfolgt gemäß B-BWA in der 735. Sitzung.

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

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

Ärztliche Leistungen, die im Jahr 2025 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 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. Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V

Soweit es in der Quartalsabrechnung nicht zu einer Ausschöpfung der Mittel kommt, d. h. die festgesetzte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für die Kinder- und Jugendmedizin übersteigt die Menge der abgerechneten Leistungen, werden die vorhandenen Finanzmittel im Abrechnungsquartal als Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendärzte an die im Quartal Leistungen aus dem Kapitel 4 (außer GOP 04003-04005 EBM) abrechnenden Kinderärzte, Kinderkardiologen und Kinderpneumologen in Form eines kalkulatorischen Zuschlags vollständig ausgezahlt.

8. Energiekosten

Die befristete Abrechnung zusätzlicher Stromkosten erfolgt kassenseitig gem. B-BWA 640. Sitzung Nr. 4 (2). Etwaige Nach- und Rückzahlungen erfolgen entsprechend der Anteiligkeit analog.

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 01.01.2025 bis 31.12.2025 mit Ausnahme der Regelung unter Teil B, III. 1., Anlage 3 und Anlage 3a.
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

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

.....
(Unterschrift)

Dortmund, den

AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.

.....
(Unterschrift)

Hamburg, den

BKK-Landesverband NORDWEST

.....
(Unterschrift)

Lübeck, den

IKK – Die Innovationskasse

.....
(Unterschrift)

Kiel, den

SVLFG als LKK

.....
(Unterschrift)

Hamburg, den

KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Nord, Hamburg

.....
(Unterschrift)

Kiel, den

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

.....
(Unterschrift)

Anlage 1 zu Teil A der Honorarvereinbarung 2025

Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung X/2025

KV Schleswig-Holstein

Stand: 17.12.2024

Behandlungsbedarf X/2024	
Abgestimmter bereinigter Behandlungsbedarf X/2024 (nach Selektivverträge) KASSRG87aMGV_SUM (MGV / 11,9339 X 100)	
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung des Zweitmeinungsverfahrens für Amputationen beim diabetischen Fußsyndrom GOP 01645 D EBM (B-BWA 430. Sitzung) 2/2024 – 1/2025	
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung des Zweitmeinungsverfahrens für Eingriffe an der Wirbelsäule GOP 01645 F EBM (B-BWA 430. Sitzung) 4/2024 – 3/2025	
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der ärztlichen Stellungnahme vor Verordnung von Cannabis GOP 01626 EBM (B-BWA 726. und 405. Sitzung) 1/2025 – 4/2025	
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Leistungen zur Vermeidung nosokomialer Infektionen GOP 01650 EBM (B-BWA 726. und 429. Sitzung) 1/2025 – 4/2025	
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Balneophototherapie GOP 10350 EBM (B-BWA 726. und 225. Sitzung) 1/2025 – 4/2025	
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom GOP 30210, 30212, 30216 und 30218 EBM (B-BWA 726. und 426. Sitzung) 1/2025 – 4/2025	
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der MRSA-Diagnostik und Therapie Abschnitt 30.12 EBM sowie der GOP 30960 und 30961 EBM (B-BWA 726. und 323. Sitzung) 1/2025 – 4/2025	
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Telekonsiliarischen Befundbeurteilung Abschnitt 34.8 EBM (B-BWA 726. und 386. Sitzung) 1/2025 – 4/2025	
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Kapselendoskopie GOP04528, 04529, 13425 und 13426 EBM (B-BWA 726. und 740. Sitzung) 1/2025 – 4/2025	
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Kostenpauschale bei Verwendung von Radium-223-dichlorid GOP 40582 EBM (B-BWA 726. und 343. Sitzung) 1/2025 – 4/2025	
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Kostenpauschale bei Verordnung von medizinischer Rehabilitation GOP 01611 EBM (B-BWA 674. und 416. Sitzung) 1/2025 – 4/2025	
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Videofallkonferenz mit der Pflege(fach)kraft GOP 01442 (B-BWA 685. und 453. Sitzung) 1/2025 – 4/2025	
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung des Nukleinsäurenachweis vom Orthopoxvirus GOP 32810 EBM (B-BWA 620. Sitzung) 1/2025 – 4/2025	
+ Erhöhung im Rahmen der jährlichen Leistungsmengenentwicklung für humangenetische Leistungen mit molekulargenetischen Mutationssuchen (B-BWA 547. Sitzung) xxx Punkte je Quartal 1/2025 – 4/2025	
./. Bereinigung aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß 2.2.1.3 B-BWA (383. Sitzung) (Anlage 1a)	
./. Bereinigungsverzicht gemäß 2.2.1.3 B-BWA (383. Sitzung)	

./ Bereinigung von Leistungen im Rahmen der offenen Sprechstunde > 3% (B- BWA 640. Sitzung) fortlaufend	
= Zwischensumme gemäß 2.2.1.3 B-BWA	
+ Ausgleich des Kassenwechslereffekts 0,0496 % (B-BWA 734. Sitzung) 1/2025 – 4/2025	
= Behandlungsbedarf über alle Kassen (PZ) X/2024 (bereinigt)	

Kassenspezifische Anteile am Behandlungsbedarf		
	Krankenkassen	Krankenkasse
Abgerechneter Leistungsbedarf X/2024 ARZTRG87aKA_IK (ohne Selektivverträge)		
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung des Zweitmeinungsverfahrens für Amputationen beim diabetischen Fußsyndrom GOP 01645 D (B-BWA 430. Sitzung) LB (ARZTRG87aKA) 2/2024 – 1/2025		
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung des Zweitmeinungsverfahrens für Eingriffe an der Wirbelsäule GOP 01645 F (B-BWA 430. Sitzung) LB (ARZTRG87aKA) 4/2024 – 3/2025		
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der ärztlichen Stellungnahme vor Verordnung von Cannabis GOP 01626 EBM (B-BWA 726 und 405. Sitzung) 1/2025 – 4/2025		
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Leistungen zur Vermeidung nosokomialer Infektionen GOP 01650 EBM (B-BWA 726 und 429. Sitzung) 1/2025 – 4/2025		
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Balneophototherapie GOP 10350 EBM (B-BWA 726 und 225. Sitzung) 1/2025 – 4/2025		
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom GOP 30210, 30212, 30216 und 30218 EBM (B-BWA 726 und 426. Sitzung) 1/2025 – 4/2025		
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der MRSA-Diagnostik und Therapie Abschnitt 30.12 EBM sowie der GOP 30960 und 30961 EBM (B-BWA 726 und 323. Sitzung) 1/2025 – 4/2025		
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Telekonsiliarischen Befundbeurteilung Abschnitt 34.8 EBM (B-BWA 726 und 386. Sitzung) 1/2025 – 4/2025		
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Kapselendoskopie GOP04528, 04529, 13425 und 13426 EBM (B-BWA 726 und 740. Sitzung) 1/2025 – 4/2025		
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Kostenpauschale bei Verwendung von Radium-223-dichlorid GOP 40582 EBM (B-BWA 726 und 343. Sitzung) 1/2025 – 4/2025		
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Kostenpauschale bei Verordnung von medizinischer Rehabilitation GOP 01611 EBM (B-BWA 674. und 416. Sitzung) 1/2025 – 4/2025		
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung der Videofallkonferenz mit der Pflege(fach)kraft GOP 01442 (B-BWA 685. und 453. Sitzung) 1/2025 – 4/2025		
+ Erhöhung im Rahmen der Eindeckelung des Nukleinsäurenachweis vom Orthopoxvirus GOP 32810 EBM (B-BWA 620. Sitzung) 1/2025 – 4/2025		
./. Bereinigungsverzicht gemäß 2.2.1.3 B-BWA (383. Sitzung)		
= Leistungsbedarf X/2024		
Anteil in % KK		

Behandlungsbedarf über alle Kassen (PZ) X/2024	
x Anteil in %	
= aufgeteilter Behandlungsbedarf je Krankenkasse	

+ Bereinigungsverzicht gemäß 2.2.2 B-BWA (383. Sitzung)	
Kassenspezifischer Behandlungsbedarf je Krankenkasse	

Berechnung der kassenspezifischen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung X/2025	
= Behandlungsbedarf je Kasse	
/ Versicherte x/2024 (ANZVER87a)	
= Behandlungsbedarf je Versicherten	
x Versicherte x/2025 (ANZVER87a)	
= Behandlungsbedarf je Kasse (bereinigt)	
x 0,0736 %	
= Behandlungsbedarf X/2025	
x OW (12,3934 / 100)	
= MGV nach Vertragsumsetzung X/2025	
+ vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmengen gemäß 2.2.4 B-BWA (383. Sitzung)	
./. Bereinigung Selektivverträge (neue Vertragsteilnehmer; Rückkehrer) (gem. Honorarvereinbarung Teil A 5.5)	
= basiswirksame MGV X/2025 nach Selektivverträgen	

Die einzelnen Beträge werden auf zwei Stellen nach dem Komma kaufmännisch gerundet und bilden jeweils die Basis für die nachfolgenden Berechnungsschritte.

Da unterjährig häufig weitere ASV-Indikationen erstmalig in S-H bereinigt werden müssen, handelt es sich hierbei um ein Beispiel.

Anlage 1a zu Teil A 3.1, n) der Honorarvereinbarung 2025

Berechnung der Bereinigung aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (B-BWA 420. Sitzung) X/2025

KV Schleswig-Holstein

Indikation	Bereinigungsbeitrag in Punkten
Hauttumore (1A0400) (Bereinigungsbeginn SH: 2/2022)	
Tumore der Lunge und des Thorax (1A0500) (Bereinigungsbeginn SH: 1/2021)	
Kopf- oder Halstumore (1A0600) (Bereinigungsbeginn SH: 4/2023)	
Tumore des Gehirns und der peripheren Nerven (1A0700) (Bereinigungsbeginn SH: 2/2024)	
Knochen- und Weichteiltumore (1A0800) (Bereinigungsbeginn SH: 2/2024)	
Rheumatologische Erkrankungen KiJu (1B0101) (Bereinigungsbeginn SH: 3/2021)	
Multiple Sklerose (1E0100) (Bereinigungsbeginn SH: 2/2024)	
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (1J0100) (Bereinigungsbeginn SH: 3/2023)	
Hämophilie (2C0100) (Bereinigungsbeginn SH: 4/2022)	
Sarkoidose (2E0100) (Bereinigungsbeginn SH: 4/2021)	
ausgewählte seltene Lebererkrankungen (2O0100) (Bereinigungsbeginn SH: 1/2022)	
Summe	

Bestimmung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahl im Bereinigungsquartal	1	Anzahl ASV-Patienten in ausschließlich vertragsärztlichen Teams im Bereinigungsquartal. Sofern bis zum Abrechnungsquartal 1/2024 einschließlich eine Bereinigung gemäß Beschluss des 420. BA oder entsprechender Folgebeschlüsse (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 2 über das vierte Jahr hinaus erfolgt, sind gemäß Beschluss des 420. BA oder entsprechender Folgebeschlüsse (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 5.1 als tatsächliche ASV-Patientenzahl die Werte der entsprechenden Kalenderquartale des vierten Bereinigungsjahres als Ausgangsbasis zu verwenden. Im Falle einer indikationsspezifischen Entsprechung nach § 116b SGB V (alt) sind die Werte der entsprechenden Kalenderquartale bis zum Ablauf des fünften vollen Jahres nach Inkrafttreten des entsprechenden G-BA-ASV-RL-Beschlusses zu verwenden – z. B. bei der Indikation Tuberkulose die Werte der Quartale 3/2018 bis 2/2019. (gemäß ANZASV116b_IK, Art des ASV-Teams = 1)	y_t	
	2	Anzahl ASV-Patienten in gemischten und ausschließlich Krankenhaus-Teams im Bereinigungsquartal. Sofern bis zum Abrechnungsquartal 1/2024 einschließlich eine Bereinigung gemäß Beschluss des 420. BA oder entsprechender Folgebeschlüsse (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 2 über das vierte Jahr hinaus erfolgt, sind gemäß Beschluss des 420. BA oder entsprechender Folgebeschlüsse (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 5.1 als tatsächliche ASV-Patientenzahl die Werte der entsprechenden Kalenderquartale des vierten Bereinigungsjahres als Ausgangsbasis zu verwenden. Im Falle einer indikationsspezifischen Entsprechung nach § 116b SGB V (alt) sind die Werte der entsprechenden Kalenderquartale bis zum Ablauf des fünften vollen Jahres nach Inkrafttreten des entsprechenden G-BA-ASV-RL-Beschlusses zu verwenden – z. B. bei der Indikation Tuberkulose die Werte der Quartale 3/2018 bis 2/2019. (gemäß ANZASV116b_IK, Art des ASV-Teams = 2 und 3)	x_t	
	2a	Indikationsspezifischer Anteilswert ($0 < g \leq 1$) (Vorgabe durch den Bewertungsausschuss gemäß 420. BA Nr. 5.2 lit b in den indikationsspezifischen Anlagen des 420. BA; Gibt der Bewertungsausschuss keinen indikationsspezifischen Anteilswert vor, so wird ein indikationsspezifischer Anteilswert von 0,5 verwendet)	g	0,5
	3	Anzahl der nach § 116b (alt) historisch behandelten Patienten (gemäß ANZ116bALT_SUM)	z_{t0}	
	4	Anpassungsfaktor zur Umrechnung der Anzahl der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten in eine entsprechende Anzahl an ASV-Patienten	f	
	5	1. Zwischenschritt bei der Anrechnung der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten im Bereinigungsquartal (1 - Nr. 2a) x (Nr. 2 - Nr. 4 x Nr. 3 / Nr. 2a)		0
	6	2. Zwischenschritt bei der Anrechnung der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten im Bereinigungsquartal (Nr. 2a x Nr. 2) + max{0, Nr. 5}		0
	7	Zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl im Bereinigungsquartal (Nr. 1 + Nr. 6)	w_t	0
	8	Patientenzahl-Höchstwert (gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Anlage Nr. 4)		
9	Bereinigungsrelevante ASV-Patientenzahl: zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl nach Höchstwertbegrenzung im Bereinigungsquartal (min{ Nr.7, Nr. 8 })		0	
Bestimmung des regionalen ASV-Bereinigungswertes im Bereinigungsquartal	10	Im Bereinigungsquartal tatsächlich verwendeter ASV-Fallwert (in Punkten), sofern zutreffend unter Berücksichtigung der regional vereinbarten MGV-Abgrenzung des Bereinigungsquartals (gemäß Beschluss des 420. BA, Anlage Nr. 3 oder sofern zutreffend gemäß 2. Absatz von Nr. 6 des Beschlusses des 420. BA)		
	10a	MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor (Vorgabe durch den Bewertungsausschuss gemäß 420. BA Nr. 7.2 lit.a in den indikationsspezifischen Anlagen des 420. BA, Anlage Nr. 6; Gibt der Bewertungsausschuss keinen indikationsspezifischen MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor vor, so wird ein indikationsspezifischer MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor von 1,0 verwendet		1,0
	10b	Im Vorjahresquartal tatsächlich verwendeter ASV-Fallwert (in Punkten) Entspricht Nr. 10 der Vorjahresquartalsberechnung; falls im Vorjahresquartal noch keine Bereinigung durchgeführt wurde, ist Nr. 10 des Bereinigungsquartals einzutragen		
	10c	ASV-Fallwert (in Punkten) gemäß dem für das Bereinigungsquartal geltenden Beschluss des 420. BA, Anlage Nr. 3		
	10d	ASV-Fallwert (in Punkten) gemäß dem für das Vorjahresquartal geltenden Beschluss des 420. BA, Anlage Nr. 3 Entspricht Nr. 10c der Vorjahresquartalsberechnung; falls im Vorjahresquartal noch keine Bereinigung durchgeführt wurde, ist Nr. 10c des Bereinigungsquartals einzutragen		
	11	(Multiplikativ verknüpfte) Veränderungsrate(n) VR gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 6 für das Folgejahr der Datengrundlage für den ASV-Fallwert bis zum Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals [VR ist in der Form: 1,05 anzugeben, nicht 5 %]		
	12	Regionaler ASV-Bereinigungswert im Bereinigungsquartal (in Punkten) (Nr. 10 x Nr. 11)		0
Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmenge im Bereinigungsquartal	13	Abstaffelungsquote im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 7.1		
	14	ASV-Bereinigungsmenge im Bereinigungsquartal (Nr. 12 x Nr. 9)		0
	15	Quotierte ASV-Bereinigungsmenge im Bereinigungsquartal (Nr. 14 x Nr. 13)		0
	16	Quotierte ASV-Bereinigungsmenge im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals Entspricht Nr. 15 der Vorjahresquartalsberechnung		
	17	Veränderungsrate gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 7.2 vom Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals auf das Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals [VR ist in der Form: 1,05 anzugeben, nicht 5 %]		
	18	Fortentwickelte quotierte ASV-Bereinigungsmenge im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals unter Berücksichtigung einer ggf. geänderten MGV-Abgrenzung (Nr. 16 x Nr. 17 x Nr. 10a x (Nr. 10 / Nr. 10c) / (Nr. 10b / Nr. 10d))		#DIV/0!
	19	ASV-Differenzbereinigungsmenge im Bereinigungsquartal (Nr. 15 - Nr. 18)		#DIV/0!

Katalog der Nebenleistungen nach Honorarvereinbarung, Teil B, II, Nr. 15

Nebenleistungen sind die im folgenden Katalog aufgeführten Leistungen, die unter folgenden Bedingungen erbracht werden:

1. Die im Nebenleistungskatalog aufgeführten Leistungen können als prä-/intra- bzw. postoperative Leistungen zu den Operationen/stationersetzenden Eingriffen aus dem Katalog zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V erbracht werden, sofern sich aus den Regelungen des EBM keine Abrechnungsausschlüsse ergeben.
2. Die Nebenleistungen müssen in einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Operation/dem stationersetzenden Eingriff stehen:
 - Präoperative Leistungen: maximal 21 Tage vor der Operation/dem stationersetzenden Eingriff
 - Intraoperative Leistungen: am Tag der Operation/dem stationersetzenden Eingriff
 - Postoperative Leistungen: maximal 21 Tage nach der Operation/dem stationersetzenden Eingriff
3. Die Nebenleistung muss für den jeweiligen Eingriff medizinisch notwendig, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.
4. Doppeluntersuchungen sind zu vermeiden. Werden bereits durchgeführte Untersuchungen nochmals veranlasst, sind diese auf Nachfrage zu begründen.
5. Die Nebenleistungen können ausschließlich von folgenden Ärzten abgerechnet werden:
 - Operateure, die die Operation oder den stationersetzenden Eingriff höchstpersönlich (im Sinne von identischer LANR) durchführen und über die KVSH abrechnen.
 - Anästhesisten, die die Anästhesie zur o.g. Operation oder dem stationersetzenden Eingriff höchstpersönlich (im Sinne von identischer LANR) durchführen und über die KVSH abrechnen.
 - Hausärzte, die auf Überweisung eines Schleswig-Holsteinischen Arztes eine prä- oder postoperative Leistung, die im Zusammenhang mit einer der o.g. Leistungen steht, erbringen.

O.g. Ärzte müssen ihren Vertragsarztsitz in Schleswig-Holstein haben, über die ggf. notwendigen Genehmigungen zur Erbringung der Leistungen verfügen und diese im Rahmen der Quartalsabrechnung gegenüber der KVSH zum Ansatz bringen.
6. Die Leistungen sind für eine extrabudgetäre Vergütung mit folgender Tagkennung zu versehen:
 - 88115A für präoperative Leistungen
 - 88115B für intraoperative Leistungen
 - 88115C für postoperative Leistungen

Im Falle eines Quartalswechsels zwischen Haupt- und Nebenleistung bzw. bei den von Hausärzten erbrachten Nebenleistungen sind die Kennungen mit dem OP-Datum sowie den entsprechenden OPS aus den Abschnitten 1 bzw. 2 des Katalogs zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V zu versehen.

Kapitel	Abschnitt	GNR	TEXT
1	1	01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I
1	1	01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II
1	2	01220	Reanimationskomplex
1	2	01221	Zuschlag Beatmung
1	2	01222	Zuschlag Defibrillation
1	4	01411	Dringender Besuch I
1	4	01412	Dringender Besuch II
1	4	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale
1	4	01436	Konsultationspauschale
1	5	01520	Zusatzpauschale für Beobachtung zur invasiven Kardiologie
1	5	01530	Beobachtung zur interventionellen Radiologie
1	5	01531	Beobachtung nach therapeutischer interventionellen Radiologie
1	6	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt
1	6	01621	Krankheitsbericht
1	7.6	01850	Beratung über Methoden, Risiken und Folgen einer Sterilisation
1	7.6	01851	Untersuchung zur Durchführung des operativen Eingriffs bei Sterilisation
1	7.6	01852	Präanästhesiologische Untersuchung i.Z. mit 01856
1	7.6	01853	Infiltrationsanästhesie zur Durchführung der Sterilisation beim Mann
1	7.6	01856	Narkose im Zusammenhang mit einer Sterilisation
1	7.6	01857	Beobachtung und Betreuung nach Sterilisation
1	7.7	01900	Beratung über die Erhaltung einer Schwangerschaft
1	7.7	01901	Untersuchung zur Durchführung des operativen Eingriffs bei SAB
1	7.7	01902	Ultraschalluntersuchung (Schwangerschaftsalter vor SAB)
1	7.7	01903	Präanästhesiologische Untersuchung i.Z. 01913
1	7.7	01904	Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer oder kriminologischer Indikation
1	7.7	01905	Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer Indikation
1	7.7	01906	Durchführung eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer oder kriminologischer Indikation
1	7.7	01910	Beobachtung und Betreuung nach SAB > 2 Stunden
1	7.7	01911	Beobachtung und Betreuung nach SAB > 4 Stunden
1	7.7	01912	Kontrolluntersuchung(en) nach SAB i.Z. 01904, 01905 oder 01906
1	7.7	01913	Narkose im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch
1	7.7	01915	Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin
2	1	02100	Infusion
2	3	02300	Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation
2	3	02301	Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht
2	3	02302	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern
2	3	02321	Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheters
2	3	02322	Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter
2	3	02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkatheter
2	3	02340	Punktion I
2	3	02341	Punktion II

Kapitel	Abschnitt	GNR	TEXT
5	2	05210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr
5	2	05211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr
5	2	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr
5	2	05220	Zuschlag anästhesiologische Grundversorgung
5	2	05230	Aufwandsersatzung für das Aufsuchen eines Kranken
5	3	05310	Präanästhesiologische Untersuchung
5	3	05320	Leitungsanästhesie an der Schädelbasis
5	3	05330	Anästhesie oder Kurznarkose
5	3	05331	Zuschlag weitere 15 Minuten
5	3	05340	Überwachung der Vitalfunktionen
5	3	05341	Analgesie
5	3	05350	Beobachtung und Betreuung
6	2	06210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr
6	2	06211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr
6	2	06212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr
6	3	06310	Fortlaufende Tonometrie
6	3	06312	Elektrophysiologische Untersuchung
6	3	06320	Zusatzpauschale Untersuchung und Behandlung einer krankhaften Störung des binokularen Sehens
6	3	06321	Zusatzpauschale Untersuchung und ggf. Behandlung einer krankhaften Störung des binokularen Sehens
6	3	06330	Perimetrie
6	3	06331	Fluoreszenzangiographie
6	3	06333	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes
6	3	06350	Kleinchirurgischer Eingriff am Auge I und/oder primäre Wundversorgung am Auge
6	3	06351	Kleiner operativer Eingriff am Auge II und/oder primäre Wundversorgung am Auge
6	3	06352	Kleiner operativer Eingriff am Auge III und/oder primäre Wundversorgung am Auge bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern
7	2	07210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr
7	2	07211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr
7	2	07212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr
8	2	08210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr
8	2	08211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr
8	2	08212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr

Kapitel	Abschnitt	GNR	TEXT
9	2	09210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr
9	2	09211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr
9	2	09212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr
9	2	09310	Tamponade der hinteren Nasenabschnitte und/oder des Nasenrachenraumes
9	2	09311	Lupenlaryngoskopie
9	2	09312	Schwebe- oder Stützlaryngoskopie
9	2	09313	Direkte Laryngoskopie mittels Endoskop beim Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
9	2	09314	Stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen
9	2	09315	Bronchoskopie
9	2	09316	Zuschlag Intervention, Perbronchiale Biopsie, BAL
9	2	09317	Ösophagoskopie
9	2	09318	Videostroboskopie
9	2	09329	Zusatzpauschale bei der Behandlung eines Patienten mit akuter, schwer stillbarer Nasenblutung
9	2	09360	Kleinchirurgischer Eingriff I im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich
9	2	09361	Kleinchirurgischer Eingriff II im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich II und/oder primäre Wundversorgung im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich
9	2	09362	Kleinchirurgischer Eingriff III im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich
10	2	10210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr
10	2	10211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr
10	2	10212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr
10	3	10340	Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung oder Epilation
10	3	10341	Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung
10	3	10342	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern

Kapitel	Abschnitt	GNR	TEXT
13	2.1	13210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr
13	2.1	13211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr
13	2.1	13212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr
13	2.2.2	13250	Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung
13	3.1	13290	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr
13	3.1	13291	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr
13	3.1	13292	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr
13	3.1	13300	Zusatzpauschale Angiologie
13	3.2	13340	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr
13	3.2	13341	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr
13	3.2	13342	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr
13	3.3	13390	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr
13	3.3	13391	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr
13	3.3	13392	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr
13	3.4	13490	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr
13	3.4	13491	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr
13	3.4	13492	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr
13	3.5	13540	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr
13	3.5	13541	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr
13	3.5	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr
13	3.5	13545	Zusatzpauschale Kardiologie
13	3.5	13551	Elektrostimulation des Herzens
13	3.5	13552	Kontrolle Herzschrittmacher, Kardioverter, Defibrillator
13	3.6	13590	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr
13	3.6	13591	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr
13	3.6	13592	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr
13	3.7	13640	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr
13	3.7	13641	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr
13	3.7	13642	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr
13	3.7	13650	Pneumologisch-Diagnostischer Komplex
13	3.7	13662	Bronchoskopie
13	3.7	13663	Zuschlag Intervention, perbronchiale Biopsie, BAL, Broncho-alveoläre Lavage
13	3.7	13664	Zuschlag Laservaporisation
13	3.7	13670	Thorakoskopie
13	3.8	13690	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr
13	3.8	13691	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr
13	3.8	13692	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr

Kapitel	Abschnitt	GNR	TEXT
15	2	15210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr
15	2	15211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr
15	2	15212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr
15	3	15311	Situationsmodell Kiefer
15	3	15321	Kleiner operativer Eingriff im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich I
15	3	15322	Kleiner operativer Eingriff im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich II und/oder primäre Wundversorgung im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich
15	3	15323	Kleiner operativer Eingriff im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich
16	2	16210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr
16	2	16211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr
16	2	16212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr
16	3	16322	Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung
18	2	18210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr
18	2	18211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr
18	2	18212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr
19	3	19310	Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials
19	3	19312	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310, 19315, 19318 und 19319 für die Anwendung von Sonderverfahren
19	3	19313	Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 19310
19	3	19314	Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 19310, Einbettung in Kunststoff
19	3	19318	Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer Abstriche(s) von der Portio-Oberfläche und/oder aus dem Zervixkanal
19	3	19319	Zytologische Untersuchung von Urin auf Tumorzellen
19	3	19320	Histologische oder zytologische Untersuchung unter Anwendung immunchemischer Sonderverfahren
19	3	19321	Immunhistochemischer und/oder immunzytochemischer Nachweis von Rezeptoren
19	3	19322	Immunhistochemischer Nachweis des HER2-Rezeptors
26	2	26210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr
26	2	26211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr
26	2	26212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr
26	3	26312	Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung
26	3	26320	Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 26310 oder 26311
26	3	26325	Wechsel eines Nierenfistelkatheters
26	3	26340	Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre
26	3	26341	Prostatabiopsie
26	3	26350	Kleinchirurgischer urologischer Eingriff I
26	3	26351	Kleinchirurgischer urologischer Eingriff II
26	3	26352	Kleiner urologisch operativer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern

Kapitel	Abschnitt	GNR	TEXT
30	1.1	30100	Allergologische Anamnese
30	1.2	30110	Allergologiediagnostik I
30	1.2	30111	Allergologiediagnostik II
30	5	30500	Phlebologischer Basiskomplex
33		33000	Sonographie des Auges
33		33001	Ultraschall-Biometrie des Auges
33		33002	Ultraschall-Pachymetrie der Hornhaut eines Auges
33		33010	Nasennebenhöhlen - Sonographie
33		33011	Sonographie der Gesichteweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)
33		33012	Schilddrüsen - Sonographie
33		33020	Echokardiographie (M-Mode- und B-Mode-Verfahren)
33		33021	Doppler-Echokardiographie mittels PW- und/oder CW-Doppler
33		33022	Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)
33		33023	Zuschlag TEE
33		33030	Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung
33		33031	Echokardiographie mit pharmakainduzierter Stufenbelastung
33		33040	Sonographie der Thoraxorgane
33		33041	Mamma - Sonographie
33		33042	Abdominelle Sonographie
33		33043	Uro-Genital-Sonographie
33		33044	Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase
33		33046	Zuschlag bei Durchführung der Echokardiographie/Sonographie mit Kontrastmittel i.v.m. 33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33042
33		33050	Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae
33		33051	Sonographie der Säuglingshüften
33		33052	Sonographische Untersuchung des Schädels durch die offene Fontanelle beim Neugeborenen, Säugling oder Kleinkind
33		33060	CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße
33		33061	CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße
33		33062	CW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems
33		33063	intrakraniellen Gefäße, PW-Doppler
33		33064	PW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems
33		33070	Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße
33		33071	intrakraniellen hirnersorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren
33		33072	Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße
33		33073	Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße
33		33074	Duplex-Sonographie der Gefäße des weiblichen Genitalsystems
33		33075	Zuschlag Farbduplex
33		33076	Sonographie von Extremitätenvenen
33		33080	Haut und Subkutis mittels B-Mode-Verfahren
33		33081	Sonographie weiterer Organe oder Organteile
33		33090	Zuschlag Transkavitäre Untersuchung
33		33091	Zuschlag für optische Führungshilfe
33		33092	Zuschlag für optische Führungshilfe

Kapitel	Abschnitt	GNR	TEXT
34	2.1	34210	Übersichtsaufnahmen des Schädels
34	2.1	34211	Panoramaschichtaufnahme(n) des Ober- und/oder Unterkiefers
34	2.1	34212	Röntgenaufnahme(n) der Halsorgane und/oder des Mundbodens
34	2.2	34220	Aufnahmen des knöchernen Thorax
34	2.2	34221	Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule
34	2.2	34222	Aufnahme(n) der gesamten Wirbelsäule
34	2.3	34230	Aufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes
34	2.3	34231	Aufnahmen der Schulter, des Schultergürtels
34	2.3	34232	Aufnahmen der Hand, des Fußes
34	2.3	34233	Aufnahmen der Extremitäten
34	2.3	34234	Aufnahmen des Beckens, der Beckenweichteile
34	2.3	34235	Röntgenkontrastuntersuchung eines Schulter-, Ellbogen-, Hüftoder Kniegelenks
34	2.3	34236	Röntgenkontrastuntersuchung eines Gelenkes mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 34235 genannten Gelenke
34	2.3	34237	Röntgenteilnahmen des Beckens in mindestens zwei Ebenen
34	2.3	34238	Durchführung gehaltener Aufnahmen im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 34230 bis 34233
34	2.4	34240	Übersichtsaufnahme der Brustorgane, eine Ebene
34	2.4	34241	Übersichtsaufnahme der Brustorgane, zwei Ebenen
34	2.4	34242	Röntgenübersichtsaufnahme(n) der Brustorgane einschließlich Durchleuchtung
34	2.4	34243	Übersichtsaufnahme des Abdomens, eine Ebene
34	2.4	34244	Übersichtsaufnahmen des Abdomens, zwei Ebenen
34	2.4	34245	Röntgenaufnahme von Teilen des Abdomens
34	2.4	34246	Röntgenuntersuchung der Speiseröhre
34	2.4	34247	Röntgenuntersuchung des Magens und/oder des Zwölffingerdarms
34	2.4	34248	Röntgenuntersuchung des Dünndarms
34	2.4	34250	Röntgenuntersuchung der Gallenblase und/oder Gallengänge
34	2.4	34251	Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms
34	2.4	34252	Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms beim Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 12. Lebensjahr
34	2.5	34255	Ausscheidungsurographie
34	2.5	34256	Urethrozystographie oder Refluxzystogramm
34	2.5	34257	Retrograde Pyelographie
34	2.6	34260	Kontrastuntersuchung von Gangsystemen, Höhlen oder Fisteln

Kapitel	Abschnitt	GNR	TEXT
34	2.8	34280	Durchleuchtung(en)
34	2.8	34281	Durchleuchtung bei Fraktur, Luxation, Fremdkörper
34	2.8	34282	Schichtaufnahmen
34	2.9	34283	Serienangiographie
34	2.9	34284	Zuschlag selektiver Darstellung hirnversorgender Gefäße
34	2.9	34285	Zuschlag Gebührenordnungsposition 34283
34	2.9	34286	Zuschlag Durchführung einer interventionellen Maßnahme
34	2.9	34287	Zuschlag bei Verwendung eines C-Bogens
34	2.9	34290	Angiokardiographie
34	2.9	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie
34	2.9	34292	Zuschlag Gebührenordnungsposition 34291
34	2.9	34293	Lymphographie
34	2.9	34294	Phlebographie
34	2.9	34295	Zuschlag Gebührenordnungsposition 34294
34	2.9	34296	Phlebographie des Brust- und/ oder Bauchraumes
34	2.9	34297	Embolisations- und/oder Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen
34	3.1	34310	CT-Untersuchung des Neurocraniums
34	3.1	34311	CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule
34	3.1	34312	Zuschlag Kontrastmitteleinbringung(en)
34	3.6	34360	CT-gesteuerte Untersuchung von Organabschnitten
34	5	34500	Durchleuchtungsgestützte Intervention bei PTC
34	5	34501	Durchleuchtungsgestützte Intervention bei Anlage eines Ösophagus-Stent
34	5	34503	Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule
34	5	34504	CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention(en)
34	5	34505	CT-gesteuerte Intervention(en)
40	7	40350	Kostenpauschale i.V.m. 30110
40	7	40351	Kostenpauschale i.V.m. 30111 / 13250

Bitte beachten Sie:

Grund-/Versichertenpauschalen sind keine Nebenleistungen für Hausärzte.

Anlage 3 zur Honorarvereinbarung 2025

„Förderung der rheumatologischen Versorgung in Schleswig-Holstein“

Die Vertragspartner wollen mit dieser Vereinbarung Versorgungs- und Vergütungsstrukturen schaffen, die eine verbesserte ambulante Behandlung von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen ermöglichen. Sie haben hierzu Leistungen von Haus- und Fachärzten, die im Zusammenhang mit der Diagnostik und Behandlung dieser Krankheitsbilder stehen, im Sinne des § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V i. V. m. dem B-BWA in der 456. Sitzung als besonders förderungswürdig eingestuft.

Unter Mitberücksichtigung von Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) sind die Vertragspartner auf Basis eigener Analysen zu dem Ergebnis gekommen, dass die ambulante Behandlung von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen entscheidende Mängel aufweist und damit als verbesserungswürdig anzusehen ist.

In einem Vorwort zu einem „Memorandum zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie“ stellt die DGRh im Allgemeinen fest, dass „Menschen mit einer entzündlich rheumatischen Erkrankung [...] heute in Deutschland bei rechtzeitiger Diagnosestellung, konsequenter Krankheitskontrolle und angemessener Rehabilitation zumeist ein Leben ohne wesentliche Einschränkungen der Lebensqualität und der sozialen Teilhabe erwarten [können]. Um dies zu erreichen, benötigt das Gesundheitssystem einen optimal abgestimmten Einsatz der verfügbaren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in der fachlich gebotenen Qualität entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (§ 135a SGB V). Dies soll in ausreichendem, zweckmäßigem und wirtschaftlichem Maß geschehen (§ 12 SGB V). Zu einer Versorgung in der fachlich gebotenen Qualität gehören das frühzeitige Erkennen von Verdachtsfällen, die fachärztliche Untersuchung und Versorgung von Neuerkrankten innerhalb von 3 Monaten nach Symptombeginn sowie die kontinuierliche und konsequent zielorientierte Behandlung von Menschen mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen in einem Versorgungsnetzwerk unter der Leitung eines Facharztes für Innere Medizin und Rheumatologie.“

Davon ausgehend lassen sich stichpunktartig zusammengefasst für Schleswig-Holstein folgende, miteinander zusammenhängende Mängel in der Diagnostik und Behandlung von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen feststellen:

1. Lange Wartezeiten zur Erlangung eines Facharzttermins
2. Oftmals unzureichende Abklärung einer Verdachtsdiagnose des Hausarztes bei Überweisung des Patienten an den Rheumatologen
3. Fehlüberwiesene Patienten füllen die Wartezimmer der Rheumatologen
4. Teils unzureichende Vernetzung zwischen Hausarzt und Rheumatologen
5. Zu wenig Zeit für „sprechende Medizin“ während der Behandlung der lebensverändernden Erkrankung Rheuma
6. Durch fehlüberwiesene Patienten bleibt zu wenig Zeit für die Diagnostik und Behandlung der rheumatischen Patienten durch den Facharzt

Die Fördermaßnahmen bewirken bei Verdachtsdiagnosen, dass die Patienten schneller und sachgerecht, unter Erhebung und Zurverfügungstellung der relevanten Vorbefunde durch den Hausarzt, an die entsprechenden Fachärzte überwiesen werden. Die gezielte Patientensteuerung durch den Hausarzt unter Verwendung eines für Schleswig-Holstein einheitlichen qualifizierten Arztbriefs (siehe Anlage 3a der Honorarvereinbarung 2025), der gleichzeitig eine strukturierte Anleitung für den Hausarzt bietet, ist dabei ein wesentlicher Baustein. Etwaige Fehlüberweisungen, die sonst ein erhöhtes Patientenaufkommen in den jeweiligen Facharztpraxen bewirken, können so vermieden werden und damit entsprechende Zeitkapazitäten freisetzen, was gerade bei Neuerkrankungen den Patienten zu Gute kommt. Die schnelle Sicherung der Diagnose durch den Rheumatologen – bei Dringlichkeit sollte innerhalb von 14 Tagen ein entsprechender Facharzttermin vergeben werden - und der damit verbundene frühere Beginn der Arzneimitteltherapie haben wesentlichen Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf und vermindern das Risiko möglicher unumkehrbarer Folgeschädigungen.

Insbesondere in den ersten Quartalen der Behandlung sind engmaschige Kontrollen und Anpassungen in Bezug auf die eingeleitete Arzneimitteltherapie erforderlich. Auch im weiteren Verlauf der Behandlung kann es notwendig werden, die Arzneimitteltherapie umzustellen. Dies geht üblicherweise mit einem erhöhten

Beratungsaufwand einher. Die Fördermaßnahmen tragen diesem Umstand Rechnung, zumal die Patienten-Compliance ein wesentlicher Bestandteil des Behandlungserfolgs ist, der durch häufigere Termine und ausführlichere Gespräche zwischen Arzt und Patient als auch versorgungsbereichsübergreifend zwischen den beteiligten Haus- und Fachärzten gefördert wird.

Die Regelung der Vereinbarung dienen ausschließlich dazu, die o.a. Versorgungsmängel im Bereich der Diagnostik und Behandlung von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen zu beheben. Eine Ausweitung der Anzahl der dokumentierten Rheumadiagnosen ist damit nicht verbunden.

Die Vertragsparteien werden die Auswirkungen dieser Vereinbarung weiter evaluieren.

Die Ergebnisse der Evaluation der vereinbarten Ziele gemäß Honorarvertrag 2023-2024 haben gezeigt, dass aufgrund der Prävalenz der Erkrankung von 2 Prozent und damit der Endlichkeit an potentiellen neuen Patienten pro Quartal eine weitere Steigerung des Anteils an rheumatologischen Diagnosen im Wartezimmer einer rheumatologischen Praxis im Sinne einer weiteren Verbesserung der Strukturqualität nur schwer zu erreichen sein wird. Gleichwohl halten die Gesamtvertragsparteien aber weiterhin an dem Ziel fest, den Anteil gesicherter rheumatologischer Diagnosen im Wartezimmer noch weiter zu erhöhen. Angestrebt wird eine Erhöhung um 5%. Folgende Diagnosen werden dabei nach dem Verständnis der Vertragsparteien dem Leistungsspektrum „Rheumatologie“ zugeordnet:

M05 Seropositive chronische Polyarthritis
M06 Sonstige chronische Polyarthritis
M07 Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten (K50.-+, K51.-+, L40.5+)
M08 Juvenile Arthritis
M09 Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (K50.-+, K51.-+, L40.5+)
M13 Sonstige Arthritis
M30 Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände
M31 Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien
M32 Systemischer Lupus erythematodes
M33 Dermatomyositis-Polymyositis
M34 Systemische Sklerose

M35 Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes

M45 Spondylitis ankylosans

Die Zahl der nach dieser Vereinbarung abrechnenden Rheumatologen hat sich in den letzten Jahren, wenn auch auf einem geringen Niveau, kontinuierlich erhöht. Auch das Durchschnittsalter der an der Vereinbarung teilnehmenden Rheumatologen konnte gesenkt werden. Die Gesamtvertragspartner werten dies gemeinsam als Erfolg der Förderung. Aufgrund der nach wie vor bestehenden Nachwuchsproblematik bei den Rheumatologen kann dies allerdings nur ein Teilerfolg sein.

Eine weitere Reduzierung der durchschnittlichen Wartezeit auf einen Facharzttermin sollte daher, im Hinblick auf eine Verbesserung der Ergebnisqualität, weiterhin Ziel dieser Vereinbarung bleiben. Angestrebt wird dabei eine Reduktion um weitere 5%.

Die Evaluation erfolgt im Hinblick auf die beiden oben angeführten Ziele auf Basis eines Vergleichs des Zeitraums erstes Halbjahr 2024 mit dem ersten Halbjahr 2025.

1. Teilnehmende Ärzte

1.1 Hausärzte im Sinne dieser Vereinbarung sind:

- Allgemeinärzte,
- Fachärzte für Innere Medizin, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.

1.2 Fachärztliche Versorgung

Rheumatologen im Sinne dieser Vereinbarung sind:

1.2.1 Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie, die zur Abrechnung der GOP 13700 berechtigt sind,

1.2.2 Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie, sofern ein zehnpromzentiger Anteil an „rheumatologischer Behandlung“ (GOP 18700 EBM) an der Gesamtfallzahl des Arztes im jeweiligen Abrechnungsquartal gegeben ist oder mindestens 150 Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen im jeweiligen Abrechnungsquartal behandelt worden sind (GOP 18700 EBM).

2. Vergütung

- 2.1.** Die Vergütung erfolgt gemäß dieser Anlage **außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.**
- 2.2.** Es gilt folgender **Abrechnungsausschluss:**
Eine Doppelabrechnung über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) sowie über die hier erfolgte Vereinbarung ist ausgeschlossen („Verbot der Doppelabrechnung“). In einem solchen Fall erfolgt eine Rückforderung der hier vereinbarten Förderung.
- 2.3.** Die folgenden Zuschläge werden mit den entsprechenden Pseudoziffern im Formblatt 3 bis zur Ebene 6 mit Angabe der Abrechnungshäufigkeit ausgewiesen.
- 2.4. Vereinbarte Zuschläge für förderungswürdige Leistungen des Hausarztes und weitere Abrechnungsvoraussetzungen:**

2.4.1 Leistung und Vergütung des Hausarztes		
Zuschlagsziffer	Leistungsbezeichnung; Abrechnungsvoraussetzung	Vergütung
90480A: Zuschlag zur GOP 03000 ff. EBM zur Förderung der rheumatologischen Versorgung	<p>Untersuchung und Diagnostik auf entzündliche Rheumaerkrankung</p> <p><u>Leistungsinhalt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung und Diagnostik des Patienten mit begründetem Verdacht auf eine entzündliche Rheumaerkrankung anhand des qualifizierten Arztbriefs (Anlage 3a). • ggf. Überweisung an einen Rheumatologen. <p><u>Abrechnungsvoraussetzung:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Begründeter Verdacht auf eine entzündliche Rheumaerkrankung. 2. Vollständiges Ausfüllen des qualifizierten Arztbriefs (Anlage 3a). 3. Durchführung der üblichen Labordiagnostik und mindestens einer der folgenden speziellen Laboruntersuchungen: <ul style="list-style-type: none"> • HLA-B27, • Rheumafaktor, • CCP-AK (resp. ACPA) oder • ANA. 4. Bei notwendiger Überweisung: Sollte die Notwendigkeit einer Abklärung durch einen Rheumatologen bestehen, dann übermittelt der Hausarzt den vollständig ausgefüllten qualifizierten Arztbrief (Anlage 3a) sowie die relevanten Befunde an den Rheumatologen. 	<p>20 €</p> <p>(pro Patient in der Regel nur einmal in 8 Quartalen in der ambulanten hausärztlichen Versorgung abrechenbar)</p>

Die Vertragspartner werden die Abrechnungshäufigkeit analysieren und gegebenenfalls notwendige Anpassungen schnellstmöglich vornehmen.

2.4.2 Leistung und Vergütung des Rheumatologen

Zuschlagsziffer	Leistungsbezeichnung; Abrechnungsvoraussetzung	Vergütung
<p>90480B: Zuschlag zur GOP 13700 bzw. 18700 EBM zur Förderung der rheumatologischen Versorgung</p>	<p>Zusatzpauschale Rheumatologie - Neupatient (in den ersten 4 Quartalen)</p> <p><u>Leistungsinhalt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Betreuung/Behandlung des Patienten (welcher mit vollständigem qualifizierten Arztbrief gem. Anlage 3a überwiesen wird) in den ersten 4 aufeinanderfolgenden Quartalen. • Bei Patienten, welche mit vollständigem qualifizierten Arztbrief gem. Anlage 3a überwiesen werden: Prüfung der medizinischen Notwendigkeit für eine dringliche Behandlung anhand der übermittelten Befunde („Dringlichkeit“). • Terminvergabe bei „Dringlichkeit“ innerhalb von 14 Tagen. <p><u>Abrechnungsvoraussetzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • GOP 13700 oder 18700 wird im selben Quartal abgerechnet. • Neupatienten sind Patienten, die in der Regel in den letzten 8 Quartalen keine rheumatologische Behandlung hatten und vom Hausarzt mittels qualifizierten Arztbriefs überwiesen wurden. 	<p>20 €</p> <p>pro Quartal</p> <p>(begrenzt auf die ersten vier aufeinanderfolgenden Quartale der Behandlung)</p>

Zuschlagsziffer	Leistungsbezeichnung; Abrechnungsvoraussetzung	Vergütung
90480C: Zuschlag zur GOP 13700 bzw. 18700 EBM zur Förderung der rheumatologischen Versorgung	Zusatzpauschale Rheumatologie - Dauerpatient (ab dem 5. Quartal) <u>Leistungsinhalt:</u> <ul style="list-style-type: none"> Betreuung/Behandlung eines Dauerpatienten ab dem 5. Quartal. <u>Abrechnungsvoraussetzung:</u> <ul style="list-style-type: none"> GOP 13700 oder 18700 wird im selben Quartal abgerechnet. 	10 € pro Quartal (ab dem 5. Quartal der Behandlung)

Zuschlagsziffer	Leistungsbezeichnung; Abrechnungsvoraussetzung	Vergütung
90480D: Zuschlag zur GOP 13690-13692 EBM bzw. 18210-18212 EBM zur Förderung der rheumatologischen Versorgung	Leistung bei notwendiger Verordnungsintervention <u>Leistungsinhalt:</u> <ul style="list-style-type: none"> Notwendige Umstellung der Arzneimittel-Verordnungen; auch: ggf. Reduzierung oder Absetzung. <u>Abrechnungsvoraussetzung:</u> <ul style="list-style-type: none"> GOP 13700 oder 18700 wird im selben Quartal abgerechnet. Wichtig: Bei Neupatienten zusätzlich zur „Zusatzpauschale Rheumatologie – Neupatient“ (90480B) erst ab dem dritten Quartal der Behandlung abrechenbar; in den ersten beiden Quartalen der Behandlung ist der Leistungsumfang mit der „Zusatzpauschale Rheumatologie Neupatient“ abgegolten. Die „Notwendige Verordnungsintervention“ kann nur einmal innerhalb von vier Quartalen und maximal zweimal pro Patient abgerechnet werden. 	20 € (einmal in 4 Quartalen; max. 2x pro Patient)

Doppelabrechnung:

Sollte eine Doppelabrechnung über die ASV und über den Honorarvertrag erfolgt sein, so findet eine Rückforderung der abgerechneten aMGV-Vergütung mithilfe eines Antrages über sachlich-rechnerische Berichtigung gem. §106d SGB V von der jeweiligen Krankenkasse statt. Die Bearbeitung dieser Anträge ist aufgrund der Eindeutigkeit von der KVSH vorzuziehen und erfolgt somit schnellstmöglich.

Doppelabrechnungen über anderweitige gleichwertige Selektivverträge ohne KVSH-Beteiligung sind nicht zulässig.

DMP-Klausel:

Gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V i. V. m. B-BWA in der 456. Sitzung erfolgt ausschließlich in den ersten zwei Quartalen des Jahres 2025 die Förderung der ambulanten rheumatologischen Versorgung in Schleswig-Holstein gemäß Anlage 3 dieser Vereinbarung außerhalb der MGV. Aufgrund des dann abrechenbaren DMP Rheumatoide Arthritis ist die Laufzeit dieser Förderung begrenzt.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Datum: _____

Arztstempel

Befund- und Überleitungsbogen Rheumatologie für den Hausarzt

Bitte füllen Sie folgenden Bogen bei **Patienten mit einer hohen Wahrscheinlichkeit für eine entzündliche Rheumaerkrankung** vollständig aus und senden ihn bei Notwendigkeit einer Terminvergabe mit vorliegenden Labor- und Röntgenbefunden an den weiterbehandelnden Rheumatologen¹.

Bei Vorliegen chronischer Begleiterkrankungen geben Sie bitte dem Patienten einen aktuellen Medikationsplan mit.

Bei Rückenschmerzen	<ul style="list-style-type: none"> • Nächtlicher Rückenschmerz seit weniger als 2 Jahren? • Rückenschmerz in der 2. Nachthälfte mit Besserung auf Bewegung? • Positive Familienanamnese für M. Bechterew/ Psoriasis/ M. Crohn/ C. ulcerosa? • Röntgen LWS durchgeführt? 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Erforderliche Labordiagnostik (Laborblatt zwingend beilegen!)	<ul style="list-style-type: none"> • Kleines Blutbild durchgeführt? • BSG > 30 mm • CRP > 10mg/l • Kreatinin > 1,2 mg/dl • GPT > 50 U/l • HLA-B27 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bei Gelenkschmerzen	<ul style="list-style-type: none"> • Gelenkschmerzen mehr als 6 Wochen und weniger als 6 Monate? • Mehr als 1 eindeutig geschwollenes Gelenk? • Morgensteifigkeit der Hände oder Füße länger als 30 Minuten? • Psoriasis bekannt / Psoriasis bei Verwandten 1. Grades bekannt? • Achillessehenschwellung / Dactylitis („Wurstfinger/-zeh“)? • Chronisch-entzündliche Darmerkrankung bekannt? • Röntgenbefund vorhanden? 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Verdacht auf eine andere rheumatische Erkrankung	<ul style="list-style-type: none"> • Polymyalgia rheumatica • Kollagenose • Vaskulitis 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Erforderliche Labordiagnostik (Laborblatt zwingend beilegen!)	<ul style="list-style-type: none"> • Kleines Blutbild durchgeführt? • BSG > 30 mm • CRP > 10mg/l • Kreatinin > 1,2 mg/dl • GPT > 50 U/l • Rheumafaktor • CCP-AK (resp. ACPA) • ANA 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Telefonnummer Patient: _____
(sofern einverstanden – ausdrückliche Einwilligung erforderlich!)

¹ Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie (auch hausärztlich tätig), Fachärzte für Orthopädie mit Schwerpunkt Rheumatologie bzw. Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Orthopädische Rheumatologie

Anlage 4 zu Teil D, Punkt 6. der Honorarvereinbarung 2025

Nr.	Leistungserbringer-Aufstellung – genehmigungspflichtige Leistungen
1	Abklärungskolposkopie
2	Akupunktur
3	Ambulante Operationen
4	Apheresen (LDL- und Immunapheresen)
5	Arthroskopien
6	Balneophototherapie
7	Chirotherapie
8	Chronikerverträge
9	Delegations-Vereinbarung/Nichtärztliche Praxisassistentin
10	Dialyse
11	Dünndarmkapselendoskopie
12	Früherkennung von Krankheiten
13	Funktionsstörung der Hand
14	Geriatric – spezialisierte geriatrische Diagnostik
15	Gestationsdiabetes
16	Hautkrebsscreening (nur EBM)
17	Histopathologie im Rahmen des Hautkrebsscreenings
18	HIV/Aids
19	Hörgeräteversorgung
20	Hyperbare Sauerstofftherapie (HBO) bei diabetischem Fußsyndrom
21	Hypnose
22	Interventionelle Radiologie
23	Intravitreale Medikamentengabe (IVOM)
24	Invasive Kardiologie
25	Kardiorespiratorische Polysomnographie
26	Kernspintomographie - MRT
27	Kernspintomographische Untersuchung der Mamma
28	Koloskopie
29	Künstliche Befruchtung
30	Laborleistungen 32.3
31	Langzeit-EKG
32	Laserbehandlung bei benignem Prostatasyndrom
33	Mammographie-Screening
34	Molekulargenetik
35	MR-Angiographie
36	MRSA
37	Nekrosen
38	Neuropsychologische Therapie
39	Nuklearmedizin/Strahlentherapie
40	Osteodensitometrie
41	Otoakustische Emissionen
42	Palliativmedizin
43	PET /PET-CT
44	Photodynamische Therapie (PDT)
45	Phototherapeutische Keratektomie (PTK)
46	Physikalische Therapie
47	Polygraphie
48	Psychosomatische Grundversorgung
49	Radiologie
50	Rhythmusimplantat-Kontrollen
51	Schmerztherapie
52	Sozialpädiatrie
53	Sozialpsychiatrie
54	Soziotherapie
55	Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
56	Substitution von Opiad-Abhängigen
57	Transurethrale Botulinumtoxin-Therapie
58	Vakuumbiopsie (der Brust)
59	Zweitmeinungsverfahren
60	Zytologie
61	AKI Potenzialerhebung Vertragsärzte
62	AKI Potenzialerhebung Krankenhäuser
63	AKI Verordnung
64	AKI Potenzialerhebung Privatärzte
65	AKI Potenzialerhebung nicht beatmete Patienten Vertragsärzte
66	AKI Potenzialerhebung nicht beatmete Patienten Krankenhäuser
67	AKI Potenzialerhebung nicht beatmete Patienten Privatärzte
68	Telemonitoring bei HI