

**Vereinbarung**  
**zur Festlegung der regionalen Punktwerte in Sachsen und der**  
**sächsischen Gebührenordnung (SGO)**  
**zur Festlegung der Gesamtvergütung in Sachsen**  
**zur Festlegung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs**  
(nachfolgend MGV-Vereinbarung genannt)

zwischen

**der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.**

Sternplatz 7, 01067 Dresden

vertreten durch den Vorstand, dieser hier vertreten durch

den Vorsitzenden des Vorstandes, Herrn Rainer Striebel

handelnd zugleich für

**die Sozialversicherung Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)**

**als Landwirtschaftliche Krankenkasse**

**dem BKK Landesverband Mitte**

Eintrachtweg 19

30173 Hannover

**der IKK classic**

**der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Chemnitz**

**den Ersatzkassen**

Techniker Krankenkasse (TK)

BARMER

DAK-Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse – KKH

Handelskrankenkasse (hkk)

HEK – Hanseatische Krankenkasse

**als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:**

**Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),**

**vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen**

**(LVSK)**

und

**der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen**

**(KV Sachsen)**

**mit Wirkung für das Jahr 2025**

## Inhaltsverzeichnis

**Teil 1    Allgemeine Grundsätze**

**Teil 2    Festlegung des regionalen Punktwertes in Sachsen und der sächsischen  
Gebührenordnung (SGO)**

Anlage 1  
**Grundsätze**

Anlage 1.1  
**Evaluationsdaten**

Anlage 2  
**Förderung von Leistungserbringern in unterversorgten Regionen, in von Unterver-  
sorgung bedrohten Regionen und in Regionen mit lokalem Versorgungsbedarf**

Anlage 3  
**Förderung von Delegationsleistungen**

Anlage 4  
**Förderung von Elektroenzephalographischen Untersuchungen (EEG)**

Anlage 5  
**Förderung von Prostatastanzbiopsien**

Anlage 6  
**Förderung von Gastroskopieleistungen**

Anlage 7  
**Förderung konservativer Leistungen von konservativ tätigen Augenärzten**

Anlage 8  
**Förderung der augenärztlichen Versorgung von Kindern**

Anlage 9  
**Förderung konservativer teleophthalmologischer Leistungen von Augenärzten**

Anlage 10  
**Förderung der fachärztlichen Versorgung durch Kinderärzte mit der Zusatzweiter-  
bildung Kinder-Pneumologie sowie Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie**

Anlage 11  
**Standardvoraussetzungen einer KV-eigenen Versorgungspraxis und deren Ausge-  
staltung**

**Teil 3 Festlegung der Gesamtvergütungen in Sachsen**

Anlage 1

**Berechnungsschema für die Ermittlung des vereinbarten Behandlungsbedarfs der Quartale für das Jahr 2025**

Anlage 2

**Außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütete Leistungen**

Anlage 3

**Wegepauschalen**

Anlage 4

**Übermittlung rechnungsbegründender Unterlagen**

**Teil 4 Festlegung des krankenkassenspezifischen Behandlungsbedarfs**

Anlage 1

**Behandlungsbedarf je Krankenkasse**

Anlage 2

**Krankenkassenspezifische Sondervereinbarungen**

**Teil 5 Festlegungen zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs für Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)**

Anlage

**Bereinigungsübersicht je ASV-Indikation**

**Teil 6 Festlegungen zur Honorierung der kinderärztlichen Leistungen**

Anlage

**Schema der Berechnungen für jedes Quartal 2025**

## Teil 1

### Allgemeine Grundsätze

#### § 1

##### Salvatorische Klausel

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame oder durchführbare Regelung vereinbart werden, deren Wirkungen der Zielsetzung am nächsten kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Vorschriften gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist oder soweit sich rechtskräftige gerichtliche Entscheidungen oder aufsichtsrechtliche Maßnahmen, die rechtskräftig sind oder bei denen Sofortvollzug gilt, oder schiedsamtliche Entscheidungen auf die Festsetzung des Vertragsinhaltes auswirken.
- (2) Werden gesetzliche Regelungen eingeführt, die dieser Vereinbarung insgesamt konträr gegenüberstehen, sind vor Ablauf des Vereinbarungszeitraumes Neuverhandlungen durch die Vertragspartner aufzunehmen.
- (3) Vor Neuaufnahme der Vertragsverhandlungen ist von den Vertragspartnern einvernehmlich festzustellen, ob die Neuverhandlungen im Sinne des Abs. 1 oder des Abs. 2 zu führen sind.

#### § 2

##### Rechtliche Vorgaben

##### zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung

Grundlagen dieser Vereinbarung sind gesetzliche Regelungen/Ergänzungen in ihrer jeweils aktuellen Fassung sowie die Beschlüsse/Empfehlungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Gesamtvergütung. Diese werden im Folgenden unter Angabe der jeweiligen Rechtsgrundlage und/oder des Beschlusses/der Empfehlung des (Erweiterten) Bewertungsausschusses entsprechend umgesetzt.

Für den Fall, dass der Gesetzgeber oder der (Erweiterte) Bewertungsausschuss über die hier zu Grunde gelegten Beschlüsse bzw. deren Regelungsinhalte – insbesondere wegen diesbezüglicher bestandskräftiger behördlicher oder gerichtlicher Entscheidungen – (neu) zu beschließen hat, erfolgt die Festlegung der MGV in Anwendung der Regelungen im Teil 3 unter dem Vorbehalt, dass auch die neuen Vorgaben dieselbe Festlegung der MGV ergeben. Ändert sich durch die neuen Vorgaben die Festlegung der MGV für den Vertragszeitraum, so ist diese neue Festlegung anzuwenden. Über deshalb erforderliche Neuregelungen, Korrekturen oder Verrechnungen in Folgezeiträumen bei der Festlegung der MGV verständigen sich die Vertragspartner umgehend. Die Neufestlegung findet nach Maßgabe des in den Vorgaben genannten Vereinbarungszeitraumes Anwendung.

**§ 3**  
**Unterschriftenregelung**

Die Teile 1, 2, 3, 5 und 6 werden von den Vertragspartnern gemeinsam unterzeichnet. Der Teil 4 wird bilateral zwischen der KV Sachsen und den Landesverbänden der Krankenkassen in Sachsen sowie für die Ersatzkassen durch den vdek als Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis vereinbart und unterzeichnet.

**§ 4**  
**Benehmensherstellung zum Honorarverteilungsmaßstab**

Ist durch die Vertreterversammlung der KV Sachsen eine Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes beabsichtigt, erhalten die LVSK die geplante Neuregelung je nach Umfang der Regelungen in der Regel zwischen 4 und 6 Wochen vor Beschlussfassung durch die Vertreterversammlung der KV Sachsen zur Kenntnis, mit der Aufforderung zur Benehmensherstellung. Gleichzeitig stimmen die Gesamtvertragspartner einen Termin vor der Beschlussfassung durch die Vertreterversammlung zur mündlichen Erörterung der beabsichtigten Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes ab.

**§ 5**  
**Geltungsdauer**

Die Vereinbarung gilt für das Jahr 2025.

**§ 6**  
**Sonstiges**

Die Verwendung von Vertragsarztstempeln richtet sich nach der jeweils geltenden Stempelordnung der KV Sachsen. Diese wird Bestandteil der Gesamtverträge und ersetzt die bisherigen Regelungen zum Vertragsarztstempel in den Gesamtverträgen.

## Teil 2

### **Festlegung des regionalen Punktwertes in Sachsen und der sächsischen Gebührenordnung (SGO)**

#### **§ 1**

#### **Festlegung des regionalen Punktwertes (RPW) in Sachsen**

Der regionale Punktwert in Sachsen wird gemäß § 87a Abs. 2 SGB V in Höhe des durch den (Erweiterten) Bewertungsausschuss festgelegten Orientierungswertes vereinbart.

Er beträgt mit Wirkung vom 1. Januar 2025 bis 31. Dezember 2025

**12,3934 Cent.**

#### **§ 2**

#### **Sächsische Gebührenordnung (SGO)**

Es gilt der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) in seiner jeweils gültigen Fassung.

Der Preis der Leistungen in der SGO ergibt sich gemäß § 87a Abs. 2 SGB V aus der Bewertung einer Leistung in Punkten nach dem gültigen EBM multipliziert mit dem regionalen Punktwert gemäß § 1. Die Preise sind kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen zu runden.

Für in EUR bewertete Leistungen (Gebührenordnungspositionen (GOPen)) des EBM gilt in der SGO der im EBM definierte Preis.

Die SGO wird gemäß § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V durch die KV Sachsen erstellt und veröffentlicht. Soweit kein vom Orientierungswert nach § 87 Abs. 2e SGB V abweichender regionaler Punktwert vereinbart wird, gilt der von der KBV veröffentlichte aktuelle EBM.

#### **§ 3**

#### **Abweichende Bewertung von Leistungen**

- (1) Die Partner der Gesamtverträge vereinbaren zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten die Förderung einzelner Leistungen, Leistungserbringer oder von Sicherstellungsprojekten gemäß Anlage 1.
- (2) Die Förderung erfolgt, sofern die geförderten Leistungen, Leistungserbringer oder Sicherstellungsprojekte nicht im organisierten Bereitschaftsdienst und bei der Notfallbehandlung erbracht werden, durch die Zahlung von Zuschlägen nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V unter Beachtung der Vorgaben des Bewertungsausschusses in seiner 456. Sitzung.
- (3) Die jeweiligen Förderungen sind in den Anlagen 2 bis 11 zu Teil 2 dieser Vereinbarung konkret beschrieben.

#### **§ 4**

#### **Vereinbarungen außerhalb des Leistungskatalogs des EBM**

Die Leistungen aus Vereinbarungen außerhalb des Leistungskatalogs des EBM sind nicht Bestandteil der SGO. Die diesbezüglichen Regelungen sind den Abrechnungshinweisen der KV Sachsen zu entnehmen.

Im Unterschriftsverfahren

## Anlage 1 zu Teil 2

### Vereinbarung zur Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V

## Grundsätze

### Präambel

In den Anlagen zu Teil 2 regeln die Vertragspartner die Förderung einzelner Leistungen/bestimmter Leistungserbringer sowie von neuen Sicherstellungsprojekten durch die Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen/Leistungserbringer und KV-eigenen Versorgungspraxen entsprechend den Kriterien des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 456. Sitzung und seiner Folgebeschlüsse i. V. m. § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V.

Förderungswürdig sind auch ermächtigte Ärzte, sofern die geförderte Leistung im Ermächtigungsumfang enthalten ist.

Hausärzte im Sinne der förderungswürdigen Leistungen sind Ärzte, die für die hausärztliche Versorgung zugelassen sind, mit Ausnahme von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin.

### § 1

#### Kriterien aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 456. Sitzung

##### Förderungswürdige Leistungen

Die Gesamtvertragspartner können gemeinsam und einheitlich die Förderung von Leistungen des EBM vereinbaren, soweit Veränderungen in Art und Häufigkeit der Erbringung zu einer Verbesserung der Versorgung führen. Eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten nach diesem Beschluss liegt dann vor,

- wenn im Sinne der Verbesserung der Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität der Behandlungserfolg gesteigert werden kann oder
- wenn aufgrund einer Steigerung oder Beibehaltung der bisherigen Leistungserbringung stationäre Behandlungen oder unnötige Krankentransporte vermieden werden können oder
- wenn bestehende bzw. sich abzeichnende Versorgungsmängel durch gezielte Förderung reduziert bzw. vermieden werden können, beispielsweise durch Veränderungen oder Erweiterungen der Angebotsstrukturen.

##### Förderung von Leistungserbringern in bestimmten Planungsbereichen

Die Gesamtvertragspartner können gemeinsam und einheitlich die Förderung einzelner Leistungserbringer vereinbaren, wenn diese Leistungserbringer in Planungsbereichen tätig sind, für die der Landesausschuss festgestellt hat, dass nach § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht oder nach § 100 Abs. 3 SGB V ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht. Die Anlage hat darzulegen, welche Leistungserbringer, die in diesen Planungsbereichen die Versorgung der Patienten aufrechterhalten, eine Förderung erhalten und wie diese Förderung ausgestaltet ist. Zur Förderung von Leistungserbringern gehören auch KV-eigene Versorgungspraxen.



## § 2

### Abrechnung, Ausweis im Formblatt 3, Statistik

- (1) Die Förderungen nach den Anlagen 2 bis 11 werden im Formblatt 3 bis zur Ebene 6 durch die KV Sachsen nach der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme je Krankenkasse finanzwirksam mit gesonderten KV-spezifischen Förder-Nrn. außerbudgetär abgefordert. Davon abweichende Regelungen werden in den Anlagen 2 bis 11 gesondert vereinbart.
- (2) Für Leistungen der Anlagen 2 bis 11 erhält jede Krankenkasse und der jeweilige Verband kassenspezifisch und die GKV zusätzlich je Quartal eine gesonderte Leistungsstatistik zum Zeitpunkt der Rechnungslegung gemäß Anhang 1. Der Nachweis von Förderleistungen für Fremdversicherte für diese Anlagen wird den LVSK gemäß Anhang ausschließlich als GKV je GOP übergeben. Der Anhang 1 zu Anlage 1 Teil 2 ist rechnungsbegründend und wird im csv-Format übergeben.

Die Vertragspartner stimmen dabei für die Förderung der Leistungen nach der Anlage 10 dahingehend überein, dass abweichend von § 3 Abs. 3b) für die mit den Preisen der SGO vergüteten Leistungen dieser Anlage - infolge der Aufhebung der Zahlung der MGV mit befreiender Wirkung für die kinderärztlichen Leistungen - die Förderungen zur Auszahlung kommen

## § 3

### Fördervorbehalte

- (1) Die Verwendung der Förderbeträge (nachfolgend als Förderung bezeichnet) ist zweckgebunden. Sie dürfen im Förderzeitraum jeweils nur für die jeweils vereinbarten Fördermaßnahmen und in dem Umfang, wie für die vereinbarte Fördermaßnahme erforderlich, verwendet werden.
- (2) Wenn der Zweck der Förderung erreicht oder teilweise erreicht ist, prüfen die Vertragspartner, ob eine Förderung weiterhin erforderlich ist.
- (3) Der Anspruch auf Förderung erlischt innerhalb des Förderzeitraums ganz oder teilweise, wenn der Zweck einer Förderung nicht mehr erreicht werden kann oder anderweitig ganz oder teilweise sichergestellt wird, insbesondere bei
  - a) geänderten gesetzlichen, untergesetzlichen und/oder vertraglichen Regelungen, die sich auf die geförderten Leistungen und/oder deren Förderung mit Wirkung im Förderzeitraum auswirken und für die, die gesetzlichen Krankenkassen zusätzliche finanzielle Mittel bereitzustellen haben,
  - b) entsprechender Berücksichtigung der geförderten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, z. B.
    - als neue EBM-Leistungen oder
    - durch Vergütung außerhalb der MGV oder
    - durch Vergütungszuschläge oder Vergütungsaufwertungen im EBMmit Wirkung für den Förderzeitraum,
  - c) geänderten gesetzlichen, untergesetzlichen oder vertraglichen Regelungen oder bestandskräftigen gerichtlichen Entscheidungen oder bestandskräftigen behördlichen Maßnahmen, insbesondere aufsichtsrechtlichen Maßnahmen, die sich auf die Zulässigkeit der Förderungen oder die Fördermaßnahmen auswirken, insbesondere diese untersagen oder deren Umsetzung unmöglich machen.

Die Vertragspartner verpflichten sich zur Vermeidung einer Mehrfachfinanzierung vergleichbarer Sachverhalte unverzüglich, spätestens mit Inkrafttreten der Regelungen a) bis c), zur sofortigen Umsetzung. Insbesondere im Falle der außerbudgetären Vergütung der genannten Leistungen entfällt die Förderung der entsprechenden Leistungen.

#### **§ 4**

##### **Förderung neuer Projekte zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung**

- (1) Die Krankenkassen stellen für das Jahr 2024 zusätzlich 3 Mio. EUR zur Verfügung, die zur Finanzierung neuer Versorgungsansätze genutzt werden können, insbesondere um die ambulante Versorgung in unterversorgten, in von Unterversorgung bedrohten Regionen oder in Regionen, für die ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wurde, aufrecht zu erhalten oder zu verbessern.
- (2) Insbesondere sollen hierbei Versorgungsformen entwickelt werden, die auf Delegation ärztlicher Leistungen ausgerichtet sind, ärztliche und nichtärztliche Professionen für die Behandlung von Patienten verbinden und/oder kooperative Ansätze zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern fördern. Diese neuen Versorgungsformen können auch durch Videosprechstunden oder andere telemedizinische Alternativen unterstützt werden.
- (3) Die finanziellen Mittel werden der KV Sachsen zur Verfügung gestellt, wenn eine Projektidee mit den Krankenkassen konsentiert, die Umsetzungsreife gemeinsam festgestellt wurde und der KV Sachsen durch die Umsetzung Kosten entstehen. Der Kostenersatz an die KV Sachsen erfolgt in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten max. bis zur Höhe der verfügbaren Mittel nach Abs. 1.
- (4) Die Aufteilung der finanziellen Mittel nach Abs. 3 unter den Krankenkassen erfolgt nach der Versichertenanzahl gemäß Satzart ANZVERS des jeweils aktuellen Quartals, in dem gegenüber der KV Sachsen eine Zahlung vorzunehmen ist.
- (5) Konnten die nach Abs. 1 verfügbaren finanziellen Mittel nicht vollständig durch die Etablierung vereinbarter Versorgungsansätze im Jahr 2024 abgerufen werden, erfolgt der Übertrag der verbliebenen Mittel bis zur Höchstgrenze von 3 Mio. EUR ins Jahr 2025.
- (6) Für gemeinsam vereinbarte Versorgungsprojekte (ab Anlage 11.1 zu Teil 2) werden von den gesetzlichen Krankenkassen für einen Zeitraum von jeweils 60 Monaten je Projekt die Defizite ausgeglichen, die sich aus dem Finanzierungsumfang für laufende Betriebs- und Sachkosten für das Projekt und den Einnahmen aus Honoraren innerhalb des Projektes ergeben. Die konkrete projektbezogene Zusage zum Zeitraum des Defizitausgleichs ist der jeweils projektbezogenen Anlage zu entnehmen. Die Aufteilung des Defizitausgleichs auf die gesetzlichen Krankenkassen erfolgt nach Abs. 4.
- (7) Jedes Versorgungsprojekt ab Anlage 11.1 ist einer Evaluierung zu unterziehen. Die jeweils maßgebenden Evaluationskriterien vereinbaren die Vertragspartner gemeinsam.

## Anhang 1 zu Anlage 1 Teil 2

Gesonderte kassenspezifische und GKV- Leistungsstatistik zu den förderungswürdigen Leistungen in Sachsen nach § 2 Abs. 2 für die Anlagen 2 bis 11

Kostenträger (VKNR) oder GKV	Quartal	Vergleichsgruppe	Bezeichnung der Vergleichsgruppe	Förderbereich gemäß MGV-Vereinbarung	GOP	Häufigkeit	Förderbetrag	Förderbetrag je GOP

Im Unterschriftenverfahren

## **Anlage 1.1 zu Teil 2**

**Vereinbarung zur Zahlung von  
Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen  
gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V**

### **Evaluationsdaten**

**Ist nach Abstimmung der neuen Tabellenstruktur beispielhaft zu ergänzen, s. Register „Datensatzarten zu Förderanlagen“**

Im Unterschriftenverfahren

## Anlage 2 zu Teil 2

### Vereinbarung zur Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V

## Förderung von Leistungserbringern in unterversorgten Regionen, in von Unterversorgung bedrohten Regionen und in Regionen mit lokalem Versorgungsbedarf

### § 1 Versorgungsmangel

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat bereits für eine Vielzahl sächsischer Planungsbereiche Feststellungen nach § 100 Abs. 1 und Abs. 3 SGB V getroffen. Nicht ausreichend vorhandene ärztliche Kapazitäten verhindern eine bedarfsgerechte und zeitnahe Behandlung der Patienten.

Die Vereinbarungspartner wollen deshalb die Leistungserbringer in den betroffenen Regionen fördern, damit diese vor Ort die Versorgung aufrechterhalten.

### § 2 Ziele der Förderung

Mit dieser Förderung soll gemäß dem 456. Beschluss des Bewertungsausschusses Nr. 3 erster Absatz die Übernahme überdurchschnittlich vieler Patienten zur ärztlichen Versorgung gefördert werden, damit zum einen eine ärztliche Versorgung vor Ort erfolgt und zum anderen der Zugang zur Versorgung, in der medizinisch erforderlichen bzw. in einer zumutbaren Frist gewährleistet wird. Die vorhandene Versorgungsstruktur soll stabilisiert und zur ausreichenden Versorgung motiviert werden.

Im Anhang 1 wird die Förderung konkretisiert.

### § 3 Umsetzung der Förderung

- (1) Um die Zielstellung zu erreichen, verständigen sich die Vertragspartner für
- I. Planungsbereiche und Fachgruppen, für die der Landesausschuss Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V festgestellt hat,
  - II. Planungsbereiche und Fachgruppen, für die der Landesausschuss drohende Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V festgestellt hat und
  - III. Bereiche und Fachgruppen, für die der Landesausschuss zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Abs. 3 SGB V festgestellt hat

auf die folgende Vorgehensweise:

Für die Berechnung der Förderhöhe ermittelt die KV Sachsen

1. arztbezogen die Fallzahlen in den betreffenden Planungsbereichen/Regionen und Vergleichsgruppen nach Anhang 2 des aktuellen Quartals,
  2. für die unter Punkt 1 festgestellten Ärzte werden die über dem vergleichsgruppenbezogenen Schwellwert liegenden Fallzahlen gemäß Anhang 1 ermittelt,
  3. für die unter Punkt 2 ermittelten Fälle wird ein Zuschlag gemäß Anhang 1 vergütet.
- (2) Die Förderung erfolgt arztbezogen für die im jeweiligen Abrechnungsquartal tatsächlich erbrachten Behandlungsfälle, die über dem vergleichsgruppenbezogenen Schwellwert liegen, entsprechend der Einordnung in die Kategorien I bis III und den zugehörigen Zuschlägen aus Anhang 1 in unterschiedlicher Höhe und sofern durch den Landesausschuss für den Praxissitz des Arztes Unterversorgung, drohende Unterversorgung oder zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wurde (Auflistung zum jeweils aktuellen Stand in Anhang 2).

Sofern der förderberechtigte Arzt keine Vollzulassung hat, ermittelt sich die zu fördernde Behandlungsfallzahl anteilig am vergleichsgruppenbezogenen Schwellwert nach Anhang 1 in Abhängigkeit seines Tätigkeitsumfangs.

Sofern eine Nebenbetriebsstätte von den Beschlüssen des Landesausschusses umfasst ist, gelten für die Nebenbetriebsstätte die Fördervoraussetzungen nach diesem Absatz. Dabei wird die Fallzahl der Praxis, inklusive Nebenbetriebsstätten, als Ganzes betrachtet. Die förderfähigen Fälle werden bis zur Höhe der in der Praxis behandelten Anzahl der Patienten mit Wohnort in unterversorgten Regionen, in von Unterversorgung bedrohten Regionen und in Regionen mit lokalem Versorgungsbedarf berücksichtigt, begrenzt auf die max. Anzahl der Fallzahl, die den Schwellwert übersteigt.

- (3) Die KV Sachsen setzt die Zuschläge je Behandlungsfall zu und quotiert die entsprechende Förderhöhe gemäß der Vorgabe nach § 4 Abs. 1.

### **§ 3a**

#### **Umsetzung der Förderung für Hausärzte ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der unquotierten Honorierung der hausärztlichen Leistungen und hausärztlichen Hausbesuche nach Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG)**

- (1) Ab dem Zeitpunkt der unquotierten Honorierung der hausärztlichen Leistungen nach dem GVSG wird die Förderung für Hausärzte neu ausgerichtet. Insgesamt stehen für die neu ausgerichtete Förderung der Hausärzte max. 4,5 Mio. EUR für 2025 zur Verfügung, was eine Verteilung von 1,125 Mio. EUR auf jedes Quartal zur Folge hat. Ab dem Zeitpunkt der Einführung der unquotierten Honorierung kann der Quartalsbetrag für die Förderung abgerufen werden.
- (2) Förderberechtigt ab dem o.g. Zeitpunkt sind Hausärzte in Regionen mit drohender Unterversorgung deren Fallzahl 50 % und in unterversorgten Regionen bzw. Regionen mit lokalem Versorgungsbedarf deren Fallzahl 15 % über dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe liegt.
- (3) Die Höhe der Förderung eines Arztes gem. Absatz 2 bemisst sich aus der Differenz der Fallzahl des Arztes im aktuellen Quartal abzüglich des Schwellwertes der Hausärzte.

## **§ 4 Abrechnung**

- (1) Die Ermittlung und Vergütung der Förderung je Arzt erfolgt nach § 3 Abs. 2 über die Förder-Nr. 99620 und nach § 3a über die Förder-Nr. 99620H. Durch die KV Sachsen wird zu jeder abgerechneten Versicherten-/Grund-/Konsiliarpauschale eines geförderten Arztes die Förder-Nr. als Zuschlag zugesetzt. Dieser Zuschlag wird quotiert vergütet. Die Quote ergibt sich aus dem Leistungsbedarf der zugesetzten Förder-Nr. 99620/99620H abzüglich des Leistungsbedarfs des vergleichsgruppenbezogenen Schwellwertes nach § 3 Abs. 2 bzw. § 3a Abs. 3, unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfanges, im Verhältnis zum Gesamtleistungsbedarf der zugesetzten Förder-Nr. 99620/99620H.

Die Quotierung der Förder-Nr. 99620/99620H erfolgt somit wie folgt:

(Gesamtleistungsbedarf der Förder-Nr. 99620/99620H - Leistungsbedarf des Schwellwertes nach Anhang 1 unter Berücksichtigung Tätigkeitsumfang) / Gesamtleistungsbedarf der Förder-Nr. 99620/99620H.

- (2) Sofern der Gesamtleistungsbedarf der Förder-Nr. 99620 kleiner ist als der Leistungsbedarf des Schwellwertes nach Anhang 1, ist der Wert der Förder-Nr. 0 EUR. Für die Ermittlung der arzt-spezifischen Fördersumme wird der Gesamtleistungsbedarf der Förder-Nr. 99620 mit dem quotierten Förderbetrag multipliziert.
- (3) Dieser quotierte Förderbetrag je Arzt wird mit der Summe der Anzahl aller kassenspezifischen Förder-Nrn. 99620/99620H, die auf die zahlungspflichtige Krankenkasse entfallen, multipliziert und ergibt die arzt-spezifische Fördersumme je Krankenkasse. Die Summe aller arzt-spezifischen Fördersummen je Krankenkasse bildet den Zahlbetrag der Krankenkasse, welcher mit Angabe der Förder-Nr. 99620/99620H im Formblatt 3 ausgewiesen wird.

## **§ 5 Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung**

Durch die Förderung erhoffen sich die Gesamtvertragspartner eine Zunahme der Behandlungsfälle je Arzt in den geförderten Regionen.

Mit der Evaluation prüfen die Vertragspartner, inwieweit durch die Förderung eine Entwicklung der Fallzahlen je Arzt in den geförderten Planungsbereichen und Vergleichsgruppen feststellbar ist. Die Vertragspartner sind sich darüber im Klaren, dass es aufgrund unterschiedlicher Zuordnungen bei der Bildung der Vergleichsgruppen und der Bedarfsplanungsgruppen zu geringfügigen Abweichungen kommen kann. Dies ist bei der Auswertung der Evaluationsergebnisse zu berücksichtigen.

Für die Bewertung der Förderung übermittelt die KV Sachsen den LVSK zum Zeitpunkt der Rechnungslegung die Daten nach Anlage 1.1.

Sofern für einzelne Fachgruppen weitere Evaluationsdaten erforderlich sind, können diese von den Vertragspartnern vereinbart werden.

**§ 6  
Arztinformation**

Mit der Honorarabrechnung eines Quartals erhält der förderberechtigte Arzt eine Information, zur Höhe des Honorars, welches durch diese Förderung zusätzlich vergütet wurde.

**§ 7  
Laufzeit**

Die Förderungen werden längstens für die Dauer der durch den Landesausschuss festgestellten Unterversorgung, drohenden Unterversorgung oder des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in der jeweiligen Region und Fachgruppe gewährt.

Im Unterschriftenverfahren



## Anhang 1 zur Anlage 2

### Vergleichsgruppenbezogene Schwellwerte und Höhe der Förderung in Sachsen zur Förderung nach § 3 und § 3a

Vergleichsgruppe	Schwellwert je Arzt (durchschnittliche Fallzahl 2019 zzgl. 3%)				Zuschlag für dro- hende Unterver- sorgung	Zuschlag für Unter- versor- gung und zusätzli- chen lo- kalen Versor- gungsbe- darf
	Quartal 1/2025	Quartal 2/2025	Quartal 3/2025	Quartal 4/2025		
Hausärzte	1.058,3	1.014,3	1.026,8	1.040,3	10,91 €	21,82 €
Anästhesisten	332,0	311,5	281,6	294,5	27,28 €	53,88 €
Augenärzte	1.641,4	1.623,6	1.566,1	1.538,7	10,91 €	21,82 €
Chirurgen	891,4	906,4	896,9	828,3	12,28 €	23,87 €
Frauenärzte	1.190,1	1.186,0	1.173,2	1.218,5	8,87 €	17,73 €
HNO-Ärzte	1.437,3	1.427,4	1.339,4	1.328,7	8,18 €	16,37 €
Hautärzte	1.809,3	1.839,7	1.781,8	1.734,8	6,82 €	13,64 €
Humangenetiker	328,2	300,6	312,4	315,5	111,17 €	222,33 €
Internisten ohne SP	1.141,5	1.109,4	1.067,2	1.060,4	16,37 €	32,05 €
Angiologen	1.326,2	1.288,6	1.250,4	1.207,8	10,91 €	22,51 €
Endokrinologen	1.977,9	1.923,8	1.912,8	1.884,6	12,28 €	24,55 €
Gastroenterologen	1.143,7	1.135,5	1.086,3	1.044,2	17,73 €	34,78 €
Hämatologen	880,7	887,8	882,1	897,9	21,82 €	44,33 €
Kardiologen	1.419,1	1.405,2	1.321,4	1.290,1	12,28 €	24,55 €
Pneumologen	1.606,7	1.644,7	1.571,7	1.558,4	11,59 €	23,87 €
Rheumatologen	1.326,5	1.318,8	1.265,6	1.199,6	12,28 €	24,55 €
Nephrologen	365,9	373,8	377,3	374,3	142,54 €	285,76 €
Kinder- und Jugendpsy- chiater	243,6	243,8	237,7	238,4	41,60 €	83,20 €
MKG-Chirurgen	118,0	115,6	117,5	125,7	24,55 €	49,79 €
Nervenärzte	1.016,5	1.010,6	1.017,1	1.010,1	12,28 €	24,55 €
Neurologen	1.148,2	1.131,5	1.097,9	1.096,4	10,91 €	21,14 €
Nuklearmediziner	801,4	795,4	828,7	720,1	28,64 €	57,29 €
Orthopäden	1.392,0	1.381,4	1.346,2	1.326,7	8,18 €	15,69 €
Phoniater / Pädaudiolo- gen	1.673,8	1.689,2	1.533,3	1.540,6	10,23 €	19,78 €
Psychiater	893,9	899,1	894,2	891,5	10,91 €	22,51 €
Radiologen	1.746,8	1.625,0	1.631,0	1.526,3	13,64 €	26,60 €
Urologen	1.495,7	1.470,9	1.427,9	1.484,0	8,18 €	16,37 €

Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	640,8	627,5	606,5	625,3	8,18 €	16,37 €
Schmerztherapeuten (GOP 30704)	513,2	519,1	516,4	516,6	23,19 €	46,38 €
Pathologen / Zytologen	4.201,7	4.045,8	3.865,3	4.095,6	4,09 €	8,18 €
Psychotherapeuten	77,9	77,1	76,5	76,2	68,20 €	136,40 €
Laborärzte	18.109,3	17.275,4	16.679,5	16.403,2	4,09 €	7,50 €
Strahlentherapeuten	309,5	296,5	305,5	290,8	171,18 €	342,36 €

Im Unterschriftsverfahren

## Anhang 2 zur Anlage 2

(Stand: Beschlussfassungen des Landesausschusses 31.07.2024)

(Drohende) Unterversorgung und zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf - Feststellung gemäß Landesausschuss

### Unterversorgung

Fachgruppe Bedarfsplanung	geförderte Vergleichsgruppe	Beschluss des Landesausschusses	Planungsbereich	Bezugsregion	wirksam ab	wirksam bis	Förderzeitraum MGV Beginn	Förderzeitraum MGV Ende
Hautärzte	Hautärzte	29.07.2020	Löbau-Zittau		01.10.2020		01.10.2020	
Hausärzte	Hausärzte	02.02.2021	Reichenbach		01.04.2021		01.04.2021	
Hausärzte	Hausärzte	31.07.2024	Torgau		01.10.2024		01.10.2024	
Hausärzte	Hausärzte	02.02.2022	Werdau		01.04.2022		01.04.2022	

### Drohende Unterversorgung

Fachgruppe Bedarfsplanung	geförderte Vergleichsgruppe	Beschluss des Landesausschusses	Planungsbereich	Bezugsregion	wirksam ab	wirksam bis	Förderzeitraum MGV Beginn	Förderzeitraum MGV Ende
Augenärzte	Augenärzte	26.07.2023	Delitzsch		01.10.2023		01.10.2023	
Frauenärzte	Frauenärzte	30.04.2024	Riesa-Großenhain		01.07.2024		01.07.2024	
Frauenärzte	Frauenärzte	30.04.2024	Torgau-Oschatz		01.07.2024		01.07.2024	
Hausärzte	Hausärzte	31.01.2024	Annaberg-Buchholz		01.04.2024		01.04.2024	
Hausärzte	Hausärzte	27.07.2016	Aue		01.10.2016		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	27.07.2016	Auerbach		01.10.2016		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	02.02.2022	Bautzen		01.04.2022		01.04.2022	
Hausärzte	Hausärzte	01.02.2023	Bischofswerda		01.04.2023		01.04.2023	
Hausärzte	Hausärzte	27.10.2023	Borna		01.01.2024		01.01.2024	
Hausärzte	Hausärzte	27.07.2016	Chemnitz		01.10.2016		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	02.02.2022	Crimmitschau		01.04.2022		01.04.2022	
Hausärzte	Hausärzte	01.02.2023	Dippoldiswalde		01.04.2023		01.04.2023	
Hausärzte	Hausärzte	30.04.2020	Döbeln		01.07.2020		01.07.2020	

Hausärzte	Hausärzte	27.07.2022	Eilenburg		01.10.2022		01.10.2022	
Hausärzte	Hausärzte	30.04.2024	Frankenberg-Hainichen		01.07.2024		01.07.2024	
Hausärzte	Hausärzte	27.07.2016	Freiberg		01.10.2016		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	01.08.2018	Freital		01.10.2018		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	02.02.2022	Glauchau		01.04.2022		01.04.2022	
Hausärzte	Hausärzte	27.07.2016	Görlitz		01.10.2016		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	30.04.2020	Hoyerswerda		01.07.2020		01.07.2020	
Hausärzte	Hausärzte	30.04.2020	Kamenz		01.07.2020		01.07.2020	
Hausärzte	Hausärzte	31.01.2024	Limbach-Oberfrohna		01.04.2024		01.04.2024	
Hausärzte	Hausärzte	01.08.2018	Löbau		01.10.2018		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	27.07.2016	Marienberg		01.10.2016		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	30.04.2020	Meißen		01.07.2020		01.07.2020	
Hausärzte	Hausärzte	01.02.2023	Mittweida		01.04.2023		01.04.2023	
Hausärzte	Hausärzte	27.07.2016	Niesky		01.10.2016		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	01.02.2023	Oelsnitz		01.04.2023		01.04.2023	
Hausärzte	Hausärzte	26.07.2023	Oschatz		01.10.2023		01.10.2023	
Hausärzte	Hausärzte	27.07.2016	Plauen		01.10.2016		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	30.04.2020	Riesa		01.07.2020		01.07.2020	
Hausärzte	Hausärzte	01.02.2023	Stollberg		01.04.2023		01.04.2023	
Hausärzte	Hausärzte	31.01.2024	Weißwasser		01.04.2024		01.04.2024	
Hausärzte	Hausärzte	30.04.2024	Zittau		01.07.2024		01.07.2024	
Hausärzte	Hausärzte	27.07.2016	Zwickau		01.10.2016		01.01.2020	
Hautärzte	Hautärzte	01.02.2023	Annaberg		01.04.2023		01.04.2023	
Hautärzte	Hautärzte	27.10.2023	Aue-Schwarzenberg		01.01.2024		01.01.2024	
Hautärzte	Hautärzte	30.04.2020	Bautzen		01.07.2020		01.07.2020	
Hautärzte	Hautärzte	28.07.2021	Mittweida		01.10.2021		01.10.2021	
Hautärzte	Hautärzte	27.07.2022	Sächsische Schweiz		01.10.2022		01.10.2022	
Hautärzte	Hautärzte	27.10.2023	Stollberg		01.01.2024		01.01.2024	
Hautärzte	Hautärzte	01.02.2023	Torgau-Oschatz		01.04.2023		01.04.2023	
HNO-Ärzte	HNO-Ärzte	27.07.2022	Bautzen		01.10.2022		01.10.2022	

HNO-Ärzte	HNO-Ärzte	30.04.2024	Freiberg		01.07.2024		01.07.2024	
HNO-Ärzte	HNO-Ärzte	30.04.2024	Hoyerswerda, Stadt/Landkreis Kamenz		01.07.2024		01.07.2024	
HNO-Ärzte	HNO-Ärzte	28.10.2020	Löbau-Zittau		01.01.2021		01.01.2021	
HNO-Ärzte	HNO-Ärzte	01.02.2023	Sächsische Schweiz		01.04.2023		01.04.2023	
Nervenärzte	Nervenärzte	01.02.2023	Aue-Schwarzen- berg		01.04.2023		01.04.2023	
Nervenärzte	Nervenärzte	30.04.2020	Bautzen		01.07.2020		01.07.2020	
Nervenärzte	Nervenärzte	26.07.2023	Löbau-Zittau		01.10.2023		01.10.2023	
Nervenärzte	Nervenärzte	01.02.2023	Torgau-Oschatz		01.04.2023		01.04.2023	
Psychotherapeuten	Psychotherapeuten	27.10.2023	Löbau-Zittau		01.01.2024		01.01.2024	
Urologen	Urologen	02.02.2022	Bautzen		01.04.2022		01.04.2022	
Urologen	Urologen	30.04.2020	Riesa-Großenhain		01.07.2020		01.07.2020	

**Zusätzlich lokaler Versorgungsbedarf**

Fachgruppe Bedarf- splanung	Vergleichsgruppe	Beschluss des Landesausschusses	Planungsbereich	Bezugsregion	wirksam ab	wirksam bis	Förderzeitraum MGV Beginn	Förderzeitraum MGV Ende
Augenärzte	Augenärzte	01.02.2023	Südwestsachsen	Aue	01.04.2023		01.04.2023	
Augenärzte	Augenärzte	03.11.2021	Südwestsachsen	Hohenstein-Ernstthal	01.01.2022		01.01.2022	
Augenärzte	Augenärzte	03.11.2021	Südwestsachsen	Auerbach	01.01.2022		01.01.2022	
Augenärzte	Augenärzte	03.11.2021	Südwestsachsen	Oelsnitz	01.01.2022		01.01.2022	
Augenärzte	Augenärzte	03.11.2021	Südwestsachsen	Reichenbach	01.01.2022		01.01.2022	
Augenärzte	Augenärzte	29.07.2020	Stollberg	Stollberg	01.10.2020		01.10.2020	
Augenärzte	Augenärzte	27.07.2022	Südwestsachsen	Werdau	01.10.2022		01.10.2022	
Augenärzte	Augenärzte	29.07.2020	Torgau-Oschatz	Oschatz	01.10.2020		01.10.2020	
Hausärzte	Hausärzte	27.10.2023	Grimma	Colditz	01.01.2024		01.01.2024	
Hausärzte	Hausärzte	01.02.2023	Neustadt	Neustadt in Sachsen	01.04.2023		01.04.2023	
Hautärzte	Hautärzte	30.04.2024	Chemnitzer Land	Glauchau	01.07.2024		01.07.2024	

Kinder- und Jugendpsychiater	Kinder- und Jugendpsychiater	27.07.2022	Oberlausitz-Niederschlesien	Görlitz	01.10.2022	01.10.2022	
Kinder- und Jugendpsychiater	Kinder- und Jugendpsychiater	31.01.2018	Südsachsen	Erzgebirgskreis	01.04.2018	01.01.2020	
Kinder- und Jugendpsychiater	Kinder- und Jugendpsychiater	31.01.2018	Südsachsen	Mittelsachsen	01.04.2018	01.01.2020	
Kinder- und Jugendpsychiater	Kinder- und Jugendpsychiater	27.10.2023	Südsachsen	Zwickau	01.01.2024	01.01.2024	
Kinder- und Jugendpsychiater	Kinder- und Jugendpsychiater	30.04.2024	Westsachsen	Nordsachsen	01.07.2024	01.07.2024	
Nervenärzte	Nervenärzte	29.07.2020	Görlitz, Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis	Weißwasser	01.10.2020	01.10.2020	
Nervenärzte	Nervenärzte	02.02.2022	Muldentalkreis	Wurzen	01.04.2022	01.04.2022	
Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner	Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner	02.02.2022	KV-Bezirk Sachsen	Oberlausitz-Niederschlesien	01.04.2022	01.04.2022	
Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner	Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner	02.02.2022	KV-Bezirk Sachsen	Südsachsen	01.04.2022	01.04.2022	
Psychotherapeuten	Psychotherapeuten	30.04.2024	Torgau-Oschatz	Torgau	01.07.2024	01.07.2024	

## **Anlage 3 zu Teil 2**

### **Vereinbarung zur Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V**

## **Förderung von Delegationsleistungen**

### **§ 1 Versorgungsmangel**

In einer Vielzahl der sächsischen Planungsbereiche besteht in der hausärztlichen Versorgung drohende Unterversorgung, in einigen Planungsbereichen darüber hinaus auch Unterversorgung oder der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf für bestimmte Bezugsregionen festgestellt.

Die Nachbesetzungsinstrumente des Landesausschusses und die Förderungen über den Strukturfonds kommen hierbei an ihre Grenzen, da nicht genügend Nachwuchs zur Nachbesetzung offener Niederlassungsstellen gewonnen werden kann. Da die ärztlichen Kapazitäten nahezu erschöpft scheinen, ist es erforderlich, die Leistungserbringung für bestimmte Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal zu delegieren, um die freiwerdenden ärztlichen Kapazitäten für die Behandlung zusätzlicher Patienten nutzen zu können.

### **§ 2 Ziele der Förderung**

Mit dieser Förderung soll deshalb die Betreuung von Patienten im häuslichen Umfeld verbessert und gestärkt werden, indem durch nichtärztliches Personal Hausbesuche im Rahmen der hausärztlichen Versorgung ohne weiteren persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt durchgeführt werden. Sofern die Behandlung durch den Arzt nicht explizit erforderlich ist, werden diese Behandlungsfälle arztersetzend durchgeführt, wodurch zusätzliche Behandlungskapazitäten gewonnen werden. Die Förderung zielt dabei gemäß Nr. 2 Anstrich 3 des 456. Beschlusses des Bewertungsausschusses auf eine Veränderung der Angebotsstrukturen ab, um sich abzeichnende Versorgungsmängel zu vermeiden.

Mit diesen Hausbesuchen sollen Patienten ab Beginn des 76. Lebensjahrs, insbesondere mit eingeschränkter Mobilität, unterstützt werden.

### **§ 3 Teilnahme an der Förderung**

An der Förderung können sächsische Hausärzte teilnehmen, die eine nichtärztliche Praxisassistentin (näPa), einen Physician Assistant (PA) oder eine VERAH beschäftigen. Die Qualifikation des nichtärztlichen Personals ist gegenüber der KV Sachsen nachzuweisen.

## § 4

### Umsetzung der Förderung und Abrechnung

- (1) Die Förderung kann in Höhe von 60,00 EUR bei Versicherten, ab Beginn des 76. Lebensjahres und für die mindestens zwei Hausbesuche ohne weiteren persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall durchgeführt wurden, unter Angabe der Förder-Nr. 99623G abgerechnet werden. Die Hausbesuche von nãPa`s werden durch die GOPen 03062 und/oder 03063 EBM dokumentiert. Die Hausbesuche von PA`s oder VERAH werden durch die GOPen 38100, in Verbindung mit der Förder-Nr. 99623C, und/oder 38105 in Verbindung mit der Förder-Nr. 99623D abgerechnet. Die Förder-Nr. ist einmal im Behandlungsfall abrechnungsfähig.
- (2) Eine Förderung kann auch abgerechnet werden, wenn unter den Bedingungen von Abs. 1 ein Arzt-Patienten-Kontakt ausschließlich im Rahmen von Videosprechstunden bzw. Videokonsultationen erforderlich wurde. Für diese Hausbesuche kann die Förder-Nr. 99623H in Höhe von 30 EUR abgerechnet werden. Die Förder-Nr. ist einmal im Behandlungsfall abrechnungsfähig. Die Abrechnung der Förder-Nr. 99623G ist dann ausgeschlossen.
- (3) Sofern die Hausbesuche durch PA oder VERAH, jedoch nicht durch nichtärztliche Praxisassistenzen gemäß Anlage 24 BMV-Ä (Delegations-Vereinbarung) erbracht werden, für welche hierzu die GOPen 38100 und 38105 zur Abrechnung gelangen, können darüber hinaus die Förder-Nr. 99623C zur GOP 38100 in Höhe von 10,74 EUR und die Förder-Nr. 99623D zur GOP 38105 in Höhe von 9,91 EUR als Förderung abgerechnet werden.
- (4) Neben den Förderungen nach Abs. 1 und 2 ist die Abrechnung von Leistungen mit persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten des Kapitels 3 EBM und/oder der GOPen 01410, 01411, 01412, 01413, 01414, 01415 und 01416 im Behandlungsfall nicht zulässig. Sofern diese Leistungen vom Arzt zur Abrechnung gebracht werden, erhält der Arzt keine Förderung. Die Abrechnung des Arztes ist in diesen Fällen von der KV Sachsen entsprechend zu korrigieren.
- (5) Die Abrechnung der Kosten nach Abs. 1 bis 3 erfolgt bei der jeweiligen Krankenkasse, bei welcher der Patient versichert ist, im Formblatt 3 unter Angabe der Förder-Nrn.

## § 5

### Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung

- (1) Gemessen wird die Anzahl der Förderziffern 99623G und 99623H die in den betreffenden Quartalen zur Abrechnung gelangen. Die Summe der Anzahl der beiden Förderziffern aller förderberechtigten Praxen wird ins Verhältnis gesetzt zu der Anzahl der im Vorjahresquartal abgerechneten GOP 03005 der förderberechtigten Praxen. Der daraus resultierende Anteil muss eine Zielgröße von 4 % erreichen oder überschreiten.

Die Gesamtfallzahl der geförderten Ärzte mit persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten, darf in den geförderten Quartalen nicht unter das Vorjahresniveau sinken.

Sofern eine signifikante Zahl an Ärzten, insbesondere in unterversorgten Regionen das Ziel praxisindividuell erreicht, dass Ziel über alle förderungswürdigen Praxen allerdings nicht erreicht wird, beraten die Vertragspartner über eine Möglichkeit der Modifikation der Fördersystematik für das Folgejahr.



(2) Die KV Sachsen stellt den LVSK zum Zeitpunkt der Rechnungslegung folgende Daten gemäß Anlage 1.1 für jedes Quartal zur Verfügung:

- die Anzahl der förderberechtigten Praxen mit Ärzten gemäß § 3,
- die Summe der Anzahl der Förderziffern 99623G, 99623H, 99623C und 99623D im aktuellen Quartal und die Anzahl der abgerechneten GOP 03005 der förderberechtigten Ärzte im Vorjahresquartal,
- je förderberechtigter Praxis (pseudonymisiert) die Anzahl der Förderziffern 99623G, 99623H, 99623C und 99623D und die Anzahl der GOP 03005 EBM im Vorjahresquartal, sowie die Gesamtfallzahl der geförderten Praxis gemäß § 3 mit persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten im Vorjahresquartal und im aktuellen Quartal.

Förderberechtigte Praxen, die keine Förderung erhalten haben, werden in der Anlage 1.1 bei den Anzahlen der Förder-Nrn. mit „0“ ausgewiesen.

(3) Die Messung erfolgt quartalsweise.

## **§ 6 Arztinformation**

Mit der Honorarabrechnung eines Quartals erhält die förderberechtigte Praxis eine Information zur Höhe des Honorars, welches durch diese Förderung zusätzlich vergütet wurde.

## **§ 7 Laufzeit**

Die Förderung wird für den Zeitraum vom 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2025 vereinbart.

## Anlage 4 zu Teil 2

### Vereinbarung zur Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V

## Förderung von Elektroenzephalographischen Untersuchungen (EEG)

### § 1 Versorgungsmangel

Enzephalographien dienen dazu krankhafte Veränderungen der elektrischen Hirnaktivität zu erfassen. Damit sind sie ein wichtiges Verfahren bei der Diagnostik von Epilepsie, entzündlichen oder stoffwechselbedingten Erkrankungen, Schlaganfall, Gehirntumoren, Demenz und Schlafstörungen.

Diese Erkrankungen nahmen in den letzten Jahren in Deutschland stark zu und werden wohl auch in den folgenden Jahren weiterwachsen. Dies zeigt sich vor allem im Bereich Demenz. Während 2018 knapp 1,6 Millionen Menschen in der Bundesrepublik mit einer Demenzerkrankung lebten (1,9 Prozent der Bevölkerung), gehen die Experten von Alzheimer Europe von einem Anstieg auf 2,7 Millionen im Jahr 2050 aus (3,4 Prozent).

Im Gegensatz dazu ist die Zahl der abgerechneten elektroenzephalographischen (EEG-) Untersuchungen in den letzten Jahren rückläufig. Wurden im Jahr 2017 noch 37.630 Untersuchungen durchgeführt, so waren es im Jahr 2022 nur noch 31.694.

### § 2 Ziele der Förderung

Durch die Förderung der EEG-Untersuchungen soll die Behandlung von neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen durch eine beschleunigte Diagnostik verbessert werden.

Die Förderung zielt dabei auf Erweiterung der vorhandenen Angebotsstrukturen gemäß Ziffer 2 Anstrich 3 des 456. Beschlusses des Bewertungsausschusses ab.

### § 3 Teilnahme an der Förderung

An der Förderung können sächsische Nervenärzte, Neurologen und Psychiater teilnehmen.

### § 4 Umsetzung der Förderung und Abrechnung

- (1) Die Förderung kann unter Angabe der Förder-Nr. 99631 in Höhe von 8,00 EUR durch den Arzt abgerechnet werden, wenn die Leistungen nach den GOPen 16310 oder 21310 (EEG-Untersuchung) EBM durchgeführt wurden.
- (2) Die Abrechnung der Kosten nach Abs. 1 erfolgt bei der jeweiligen Krankenkasse, bei welcher der Patient versichert ist, im Formblatt 3 unter Angabe der Förder-Nr. Die LVSK erhalten

ergänzend dazu die Aufstellung nach Anlage 1.1 zum Zeitpunkt der Rechnungslegung für die Angaben der GKV.

## **§ 5**

### **Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung**

- (1) Gemessen wird die Summe der durchgeführten EEG-Untersuchungen gemäß § 4 Abs. 1. Diese sollte mindestens eine Steigerung von 7 % zur Summe der EEG-Untersuchungen im Vorjahresquartal aufweisen.
- (2) Die KV Sachsen stellt den LVSK zum Zeitpunkt der Rechnungslegung folgende Daten gemäß Anlage 1.1 für jedes Quartal zur Verfügung:
  - die Anzahl der förderberechtigten Ärzte gemäß § 3, welche im aktuellen Quartal eine der geförderten EEG-Untersuchungen abgerechnet haben,
  - die Anzahl für die Förderziffer 99631 für das aktuelle Quartal,
  - die Anzahl der GOP 16310 oder 21310 EBM für das aktuelle und das jeweilige Vorjahresquartal und
  - je förderberechtigtem Arzt (pseudonymisiert) die Anzahl der Förderziffer 99631 im aktuellen Quartal und die Anzahl der GOP 16310 und 21310 EBM im aktuellen und im Vorjahresquartal.
- (3) Die Messung erfolgt quartalsweise.

## **§ 6**

### **Arztinformation**

Mit der Honorarabrechnung eines Quartals erhält der förderberechtigte Arzt eine Information zur Höhe des Honorars, welches durch diese Förderung zusätzlich vergütet wurde.

## **§ 7**

### **Laufzeit**

Die Förderung wird für den Zeitraum vom 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2025 vereinbart.

## Anlage 5 zu Teil 2

### Vereinbarung zur Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V

## Förderung von Prostatabiopsien

### § 1 Versorgungsmangel

Prostatakrebs ist mit 22,7 % die häufigste Krebserkrankung von Männern in Deutschland. Im Jahr 2017 wurden in Deutschland 62.230 Neuerkrankungen diagnostiziert. Mit einem Anteil von rund 11,6 % steht das Prostatakarzinom an zweiter Stelle bei den zum Tode führenden Krebserkrankungen bei Männern in Deutschland (Quelle: Deutsche Krebsgesellschaft).

Die transrektale Prostatastanzbiopsie gehört zu den häufigsten interventionell-urologischen Eingriffen in Deutschland. Zur Abklärung eines suspekten Befundes werden Stanzzyylinder zur histologischen Aufarbeitung mittels Prostatastanzbiopsie gewonnen. Da die perineale Biopsie in der Regel durch den Einsatz von Templates technisch aufwändiger ist und traditionell in Kurznarkose durchgeführt wird, findet in der Praxis bislang meist die transrektale Biopsie Anwendung.

Die Anzahl der ambulanten Prostatastanzbiopsien in Sachsen der Jahre 2017 (3.693) bis 2022 (2.523) zeigen einen deutlichen Rückgang.

### § 2 Ziele der Förderung

Mit der Förderung soll ein Anreiz zur Steigerung der Anzahl der ambulanten Prostatastanzbiopsien gesetzt und die leitliniengerechte Biopsie unterstützt werden. Somit zielt die Förderung darauf ab, die Leistungserbringung sowie die Ergebnisqualität zu erhöhen, um den Behandlungserfolg gemäß Ziffer 2 Anstrich 1 des 456. Beschlusses des Bewertungsausschusses zu steigern.

### § 3 Teilnahme an der Förderung

An der Förderung können sächsische Urologen teilnehmen.

### § 4 Umsetzung der Förderung und Abrechnung

- (1) Die Förderung muss unter Angabe der Förder-Nr. 99641 in Höhe von 10,00 EUR durch den Arzt abgerechnet werden, wenn sie entsprechend der Anforderungen nach der GOP 26341 (Prostatabiopsie) EBM durchgeführt wurde.
- (2) Sofern die Prostatabiopsie gemäß der S3-Leitlinie Prostatakarzinom; Version 6.0 vom Mai 2021 (AWMF-Registrier-Nr. 043/022OL) durchgeführt und mindestens 10 bis 12

Gewebezyylinder mittels Biopsie entnommen werden, kann der Arzt statt der Förder-Nr. 99641 die Förder-Nr. 99642 in Höhe von 20,00 EUR zur GOP 26341 EBM zur Abrechnung bringen.

- (3) Die Abrechnung der Kosten nach Abs. 1 oder 2 erfolgt bei der jeweiligen Krankenkasse, bei welcher der Patient versichert ist, im Formblatt 3 unter Angabe der Förder-Nrn. Die LVSK erhalten ergänzend dazu die Aufstellung nach Anlage 1.1 zum Zeitpunkt der Rechnungslegung für die Angaben der GKV.

## **§ 5**

### **Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung**

- (1) Gemessen wird die Anzahl der Prostatabiopsien gemäß GOP 26341 nach § 4 Abs. 1 und 2, die zur Abrechnung gelangen. Dabei sollte mindestens eine Steigerung von 10 % zur Anzahl der Prostatabiopsien im Vorjahresquartal erfolgen.
- (2) Die KV Sachsen stellt den LVSK zum Zeitpunkt der Rechnungslegung folgende Daten gemäß Anlage 1.1 für jedes Quartal zur Verfügung:
- die Anzahl der förderberechtigten Ärzte gemäß § 3, die im aktuellen Quartal eine Prostatastanzbiopsie gemäß der GOP 26341 abgerechnet haben,
  - die Anzahl für die Förder-Nrn. 99641 und 99642 sowie die GOP 26341 EBM im aktuellen Quartal und im Vorjahresquartal und
  - je förderberechtigtem Arzt (pseudonymisiert) die Anzahl der Förder-Nrn. 99641 und 99642 im aktuellen Quartal sowie die Anzahl der GOP 26341 EBM im Vorjahresquartal,
  - die Anzahl der abgerechneten Prostatabiopsien gemäß Abschnitt 31.2 EBM
- (3) Die Messung erfolgt quartalsweise.

## **§ 6**

### **Arztinformation**

Mit der Honorarabrechnung eines Quartals erhält der förderberechtigte Arzt eine Information zur Höhe des Honorars, welches durch diese Förderung zusätzlich vergütet wurde.

## **§ 7**

### **Laufzeit**

Die Förderung wird für den Zeitraum vom 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2025 vereinbart.

## **Anlage 6 zu Teil 2**

### **Vereinbarung zur Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V**

## **Förderung von Gastroskopieleistungen**

### **§ 1 Versorgungsmangel**

Als Anlass für das Aufsuchen einer Arztpraxis gelten Bauchschmerzen als eines der häufigsten Symptome. Die Ursachen hierfür sind vielfältig und bedürfen einer sorgfältigen Abklärung, auch um eine verlässliche Diagnostik und daraus resultierend eine zielgerichtete Behandlung zu ermöglichen. Im Krankenhaus werden jährlich 2,5 Millionen Menschen mit Krankheiten des Magen-Darm-Traktes, der Leber, der Gallenwege oder der Bauchspeicheldrüse behandelt. Bis 2032 ist mit einem Anstieg der Zahl der Erkrankten um 22% zu rechnen. Eine ambulante Versorgung der Erkrankungen ist in immer mehr Fällen möglich. (Quelle: Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten).

Die Gastroskopie stellt dabei eine wichtige Leistung bei der Diagnostik diesbezüglicher Erkrankungen dar. Trotz einer prognostizierten kontinuierlichen Steigerung der Zahl der Erkrankten ist die Zahl der ambulant durchgeführten Gastroskopien in den letzten Jahren rückläufig, was einen Versorgungsmangel darstellt.

Die Anzahl der ambulanten Gastroskopien in Sachsen zeigen einen deutlichen Rückgang.

### **§ 2 Ziele der Förderung**

Ziel der Förderung ist eine Steigerung der Leistungserbringung, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen zu können. Damit verbunden soll sich auch die Wartezeit für Versicherte verringern. In der Folge sollen Krankenhausaufenthalte und nachgelagerte aufwendige Behandlungen vermieden werden.

### **§ 3 Teilnahme an der Förderung**

An der Förderung können sächsische Vertragsärzte teilnehmen, die gemäß EBM die geförderten Leistungen abrechnen dürfen.

## **§ 4**

### **Umsetzung der Förderung und Abrechnung**

Gefördert werden die GOPen 13400 bis 13402 sowie die GOPen 13410 bis 13412.

Die unter § 3 genannten förderberechtigten Ärzte erhalten je abgerechneter GOP einen Zuschlag.

Die Fördernummern werden durch die KV Sachsen zugewiesen:

GOP 13400 mit der Fördernummer 99635A  
GOP 13401 mit der Fördernummer 99635B  
GOP 13402 mit der Fördernummer 99635C  
GOP 13410 mit der Fördernummer 99635D  
GOP 13411 mit der Fördernummer 99635E  
GOP 13412 mit der Fördernummer 99635F

Je Quartal wird ein Zuschlag gezahlt, um den Preis der EUR-Gebührenordnung für die GOPen 13400 bis 13402 sowie die GOPen 13410 bis 13412 zu erreichen. In Abhängigkeit von den je Quartal ermittelten Auszahlungsquoten je Vergleichsgruppe wird der Zuschlag jedes Quartal neu ermittelt.

Für diese Förderung stehen jährlich maximal 1,3 Mio. EUR zur Verfügung. Sofern die zur Verfügung stehenden Mittel nicht für die beabsichtigte Förderung reichen sollten, werden im jeweils 4. Quartal nur die verbliebenen Mittel abgefordert.

Die Abrechnung der Förderung erfolgt bei der jeweiligen Krankenkasse, bei welcher der Patient versichert ist, im Formblatt 3 unter Angabe der jeweiligen Förder-Nr. Die LVSK erhalten ergänzend dazu die Aufstellung nach Anlage 1.1 zum Zeitpunkt der Rechnungslegung für die Angaben der GKV.

## **§ 5**

### **Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung**

Gemessen wird die Summe der durchgeführten Gastroskopie-Leistungen gemäß § 4. Diese sollte mindestens eine Steigerung von 3% zur Summe der Gastroskopie-Leistungen im Vorjahresquartal aufweisen.

Die KV Sachsen stellt den LVSK zum Zeitpunkt der Rechnungslegung folgende Daten gemäß Anlage 1.1 für jedes Quartal zur Verfügung:

- die Anzahl der Ärzte, welche im aktuellen Quartal eine der geförderten Gastroskopien abgerechnet haben,
- die Anzahl der GOPen 13400, 13401, 13402, 13410, 13411 und 13412 für das aktuelle und das jeweilige Vorjahresquartal
- je geförderten Arzt (pseudonymisiert) die Anzahl der GOPen 13400, 13401, 13402, 13410, 13411 und 13412 im aktuellen und im Vorjahresquartal

Die Messung erfolgt quartalsweise.

**§ 6  
Arztinformation**

Mit der Honorarabrechnung eines Quartals erhält der förderberechtigte Arzt eine Information zur Höhe des Honorars, welches durch diese Förderung zusätzlich vergütet wurde.

**§ 7  
Laufzeit**

Die Förderung wird für den Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis 31. Dezember 2026 vereinbart.

Im Unterschriftsverfahren



## Anlage 7 zu Teil 2

### Vereinbarung zur Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V

## Förderung konservativer Leistungen von konservativ tätigen Augenärzten

### § 1 Versorgungsmangel

Die konservativ augenärztlichen Kapazitäten wurden aufgrund möglicher ambulanter Operationen u. a. spezieller/neuer Behandlungsverfahren (z.B. IVOM) durch Augenärzte regional in unterschiedlichem Maße eingeschränkt. Deshalb wurden zur Sicherstellung der Versorgung Krankenhausärzte für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt. Trotzdem ist es bei medizinischem Erfordernis nicht mehr jedem Versicherten möglich, einen Augenarzttermin für konservative Behandlungen in einem dem Einzelfall angemessenen Zeitrahmen zu erhalten. Es besteht nach wie vor, trotz vereinbarter Fördermaßnahmen, ein zusätzlicher Versorgungsbedarf in Sachsen, der die derzeitige Leistungserbringung übersteigt.

Eine hohe Anzahl an Terminanfragen bei der Terminservicestelle belegt, dass die vorhandene Behandlungskapazität für konservative Behandlungen in Sachsen nicht ausreicht. So konnten von 3.969 Anfragen an die Terminservicestelle 908 (23 %) vermittelt werden (Auswertung Terminservicestelle für das Quartal 1/2024).

In einem Planungsbereich wurde durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zum Stand Juli 2024 drohende Unterversorgung festgestellt. In acht Planungsbereichen wurde ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt.

Aufgrund der bereits hohen Behandlungszahlen sächsischer Augenärzte (5.125) im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (4.567) gemäß dem Honorarbericht der KBV für 2022, bedeutet ein zeitnaher Zugang dieser Patienten eine weitere Überlastung der vorhandenen ärztlichen Kapazitäten. Um dennoch den Zugang für die Patienten zu gewährleisten, soll die im Vorjahr veränderte Förderung fortgesetzt werden.

### § 2 Ziele der Förderung

Die Patienten sollen zeitnah einer entsprechenden Behandlung zugeführt werden. Um die Anzahl der konservativen Behandlungsfälle zu erhöhen und damit eine Verbesserung der Angebotsbasis zu gewährleisten, werden die Leistungen der konservativ tätigen Augenärzte gemäß dem 456. Beschluss des Bewertungsausschusses Nr. 2 Anstrich 3 mit einem Zuschlag gefördert.

### § 3 Teilnahme an der Förderung

Förderberechtigt sind sächsische Augenärzte und augenärztliche Ambulante Versorgungs- und Weiterbildungszentren (AVWZ), sofern diese durch die KV Sachsen als konservativ tätige Augenärzte eingestuft wurden.

### § 4 Umsetzung der Förderung und Abrechnung

- (1) Bei konservativ tätigen Augenärzten (gem. HVM) wird für jede abgerechnete und vergütete GOP 06225 EBM (Zuschlag zu den augenärztlichen Grundpauschalen für die Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch konservativ tätige Augenärzte) ein Zuschlag gezahlt. Der Zuschlag wird durch die KV Sachsen zugesetzt. Folgende Zuschläge kommen in Abhängigkeit der erreichten artzindividuellen Anzahl förderwürdiger Fälle im aktuellen Quartal im Vergleich zur quartalsweisen durchschnittlichen augenärztlichen Anzahl förderwürdiger Fälle des Jahres 2022 zur Auszahlung:

Quartal	bis 90 %	90 bis 120 %	über 120 %
20221	1.226	1.227 bis 1.634	1.635
20222	1.200	1.201 bis 1.599	1.600
20223	1.162	1.163 bis 1.549	1.550
20224	1.145	1.146 bis 1.526	1.527
Zuschlag	1 EUR	2 EUR	5 EUR

- (2) Förderfähige Fälle sind Behandlungsfälle der Vergleichsgruppe der Fachärzte für Augenheilkunde mit Zuschlagsberechtigung für die GOP 06225 EBM laut HVM der KV Sachsen in denen keine Förderungen nach Anlage 8 (aktuelles Quartal) sowie keine Abrechnung gemäß TSVG (aktuelles Quartal und Basiszeitraum) erfolgt.

Der Ausweis der Förderung gegenüber den LVSK erfolgt unter der GOP 99625.

- (3) Die Abrechnung der Förderung gegenüber der zahlungspflichtigen Krankenkasse erfolgt quotiert:

Je förderberechtigtem Arzt wird das individuell festgestellte GKV-Fördervolumen aus der Summe der Einzelförderungen in den jeweiligen Schwellwerten, unter Beachtung des Tätigkeitsumfangs des Arztes, durch die Summe der geförderten GKV-Fälle geteilt und ergibt einen quotierten artzindividuellen Förderfallwert.

Der Zahlbetrag der zahlungspflichtigen Krankenkasse ergibt sich aus dem artzindividuellen Förderfallwert, multipliziert mit der Anzahl der auf die zahlungspflichtige Krankenkasse entfallenden Behandlungsfälle des Arztes und ergibt die artzspezifische Fördersumme je Krankenkasse. Die Summe aller artzspezifischen Fördersummen je Krankenkasse bildet den Zahlbetrag der Krankenkasse, welcher mit Angabe der Förder-Nr. 99625 im Formblatt 3 ausgewiesen wird.

## **§ 5**

### **Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung**

- (1) Gemessen wird die Behandlungsfallzahl unterdurchschnittlicher konservativer Augenärzte (nach HVM) gemäß Anlage 1.1. Diese soll um 2 bis 5 % gegenüber dem Vorjahresquartal steigen.
- (2) Die KV Sachsen stellt den LVSK zum Zeitpunkt der Rechnungslegung folgende Daten gemäß Anlage 1.1 für jedes Quartal zur Verfügung:
  - die Behandlungsfallzahl der konservativen Augenärzte lt. HVM, die Anzahl der geförderten Augenärzte und die Fördersumme in den jeweiligen Förderstufen,
  - und die GKV-Werte der gezahlten Förderungen nach § 4
- (3) Die Messung erfolgt quartalsweise.

## **§ 6**

### **Arztinformation**

Mit der Honorarabrechnung eines Quartals erhält der förderberechtigte Arzt eine Information zur Höhe des Honorars, welches durch diese Förderung zusätzlich vergütet wurde.

## **§ 7**

### **Laufzeit**

Die Förderung wird für den Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis 31. Dezember 2025 vereinbart.

## **Anlage 8 zu Teil 2**

### **Vereinbarung zur Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V**

## **Förderung der augenärztlichen Versorgung von Kindern**

### **§ 1 Versorgungsmangel**

Dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Sachsen wurde vorgetragen, dass es vermehrt zu ungenügenden oder verspäteten Vermittlungen von Kindern zu Augenärzten kommt, so dass infolge des späten augenärztlichen Behandlungsbeginns nicht mehr alle Augenerkrankungen der Kinder geheilt werden können, was zu dauerhaften Schädigungen dieser Kinder führt.

### **§ 2 Ziele der Förderung**

Ziel der Förderung ist ein erleichterter Zugang von Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr beim Augenarzt und eine Ausweitung der Behandlungen von Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr mit einer krankhaften Störung des binokularen Sehens.

Die Patienten sollen zeitnah eine entsprechende Behandlung erhalten. Um diese Ziele zu erreichen und damit eine Verbesserung der Angebotsbasis zu gewährleisten, werden bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr die GOPen 06320 und 06321 bzw. bis zum 7. Lebensjahr die GOPen 06210 und 06211 EBM gemäß dem 456. Beschluss des Bewertungsausschusses Nr. 2 Anstrich 3 mit einem Zuschlag gefördert. Dabei soll ein Zuwachs der abgerechneten Leistungen von mindestens 4 % erreicht werden.

### **§ 3 Teilnahme an der Förderung**

Förderberechtigt sind sächsische Augenärzte und augenärztliche Ambulante Versorgungs- und Weiterbildungszentren (AVWZ), nachfolgend Augenärzte genannt.

### **§ 4 Umsetzung der Förderung und Abrechnung**

- (1) Augenärzte können für Versicherte bis zum vollendeten 12. Lebensjahr zu jeder abgerechneten GOP 06320 bzw. 06321 EBM, einen der nachfolgend genannten Zuschläge abrechnen:  
GOP 06320 EBM: mit der Förder-Nr. 99624A jeweils 20 EUR.  
GOP 06321 EBM: mit der Förder-Nr. 99624B jeweils 16 EUR

- (2) Für die Behandlung von Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr, die in den vorangegangenen acht Quartalen in der Praxis nicht behandelt wurden, kann der Augenarzt einen Zuschlag zur Grundpauschale 06210 EBM (inkl. Buchstabenkennung) mit der Förder-Nr. 99624G und zur Grundpauschale 06211 EBM mit der Förder-Nr. 99624H in Höhe von 25 EUR abrechnen.

## **§ 5**

### **Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung**

- (1) Gemessen wird bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr die Anzahl der GOPen 06320 und 06321 bzw. die GOPen 06210/06211 EBM. Dabei soll ein Zuwachs von mindestens 4 % gegenüber dem Vorjahresquartal erreicht werden.
- (2) Die KV Sachsen stellt den LVSK zum Zeitpunkt der Rechnungslegung folgende Daten gemäß Anlage 1.1 für jedes Quartal zur Verfügung:
- Anzahl der förderberechtigten Ärzte gemäß § 3, welche im aktuellen Quartal mindestens eine der GOPen 06320 und 06321 für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr abgerechnet haben,
  - die Anzahl für die Förderziffer 99624A, 99624B, 99624G und 99624H für das aktuelle Quartal
  - die Anzahl der GOP 06320 und 06321 EBM, für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und die Anzahl der GOPen 06210 und 06211 bis zum 7. Lebensjahr, für das aktuelle und das jeweilige Vorjahresquartal und
  - je förderberechtigtem Arzt (pseudonymisiert) die Anzahl der Förderziffer 99624A und 99624B im aktuellen Quartal und die Anzahl der GOP 06320 und 06321 EBM für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr im aktuellen und im Vorjahresquartal sowie die Anzahl der Förder-Nrn. 99624G und 99624H und die Anzahl der GOPen 06210 und 06211 EBM im aktuellen und im Vorjahresquartal.
- (3) Die Messung erfolgt quartalsweise.

## **§ 6**

### **Arztinformation**

Mit der Honorarabrechnung eines Quartals erhält der förderberechtigte Arzt eine Information zur Höhe des Honorars, welches durch diese Förderung zusätzlich vergütet wurde.

## **§ 7**

### **Laufzeit**

Die Förderung wird für den Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis 31. Dezember 2025 vereinbart.

## **Anlage 9 zu Teil 2**

### **Vereinbarung zur Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V**

## **Förderung konservativer teleophthalmologischer Leistungen von Augenärzten**

### **§ 1 Versorgungsmangel**

Die Vertragspartner verfolgen einen weiteren Förderansatz für Augenärzte, der es ermöglicht, qualitätsgesicherte teleophthalmologische Leistungen bei Patienten mit bestimmten Diagnosen zu erbringen, wobei ein Großteil der Leistungserbringung auf nichtärztliches Personal delegiert werden kann, um zeitliche Entlastung für die Augenärzte zu schaffen, damit deutlich mehr Befundungen durchgeführt werden, so dass mehr Patienten als bisher versorgt werden können.

Um einen flächendeckenden Einsatz dieser Versorgungsform zu erreichen, wird auf die Erfahrungen und Erkenntnisse der „Vereinbarung zur Förderung der Teleophthalmologie zur Sicherstellung der augenärztlichen Versorgung in Zschopau und den angrenzenden Planungsbereichen gemäß § 105 Abs. 1a SGB V“ der KV Sachsen mit Herrn Dr./Univ. Skopje Simo Murovski, die aus der Initiative des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V entstand, zurückgegriffen.

Für die Nutzung der Erkenntnisse aus dieser Vereinbarung und zum ärztlichen Austausch der Augenärzte untereinander, erklärt sich Herr Dr. Murovski bereit, als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen.

### **§ 2 Ziele der Förderung**

Die Teleophthalmologie soll flächendeckend in Sachsen eingeführt werden, um im Sinne des 456. Beschlusses des Bewertungsausschusses Nr. 2, Spiegelstrich 3 perspektivisch mehr Behandlungskapazitäten in der konservativen augenärztlichen Versorgung zu erreichen.

Pro förderberechtigten Arzt soll sich dadurch die Anzahl der konservativen und teleophthalmologischen Behandlungsfälle um mindestens 200 Fälle pro Quartal gegenüber dem Vorjahresquartal vor der Teilnahme an dieser Förderung erhöhen.

### **§ 3 Teilnahme an der Förderung**

An dieser Förderung kann jeder Augenarzt, der einen Praxissitz in Sachsen hat, teilnehmen. Dazu erklärt er gegenüber der KV Sachsen mit dem ausgefüllten Anhang 1, ab wann die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind.

## **§ 4 Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ist vom teilnehmenden Augenarzt an apparativer Ausstattung in der Praxis bzw. in einer genehmigten Nebenbetriebsstätte folgendes vorzuhalten:
- Autorefraktorkeratometer,
  - Non-Contact-Tonometer,
  - HD-Spaltlampenkamera,
  - Ultraweitwinkel Funduskamera,
  - statisches Perimeter,
  - Software/Hardware für die Erhebung,
  - sichere Übertragung und Archivierung der originalen Daten (für eine qualitativ bestmögliche Darstellung sollte das DICOM Format verwendet werden),
  - proprietäre Software des Geräteherstellers mit ausreichenden Viewer-Lizenzen und
  - Monitor für die medizinische Befundung und Betrachtung.
- (2) Für die Durchführung der teleophthalmologischen Sprechstunde hat die Praxis Personal mit folgender Qualifikation in Festanstellung zu beschäftigen:
- Diplom-Optiker(in) oder
  - Optometrist(in) oder
  - Augenoptikermeister(in) oder
  - Augenoptiker(in) oder
  - Physician Assistant mit entsprechender Schulung oder
  - MFA mit mindestens 5-jähriger Erfahrung in einer Augenarztpraxis.
- Für die Delegation der augenärztlichen Leistungen auf Physician Assistants oder MFA ist von der ersten Augenarztpraxis, die diese Förderung unter Beteiligung des genannten Personals in Anspruch nimmt, nach einem Jahr Förderung, der KV Sachsen eine wissenschaftliche Evaluierung der medizinischen Evidenz im Hinblick auf die Bilderstellung und die sich daraus ableitende sichere Befundung vorzulegen.

## **§ 5 Voraussetzungen für die Patienten**

- (1) Patienten mit einer Diagnose E10 bis E14 (Diabetes mellitus) und entsprechender ärztlicher Überweisung können ohne vorherigen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt an der teleophthalmologischen Versorgung teilnehmen.
- (2) Patienten mit den Diagnosen H40.0 bis H40.9 (Glaukom) können nach einem vorherigen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt in einem der vier Vorquartale an der teleophthalmologischen Versorgung teilnehmen, wenn der Augenarzt den Patienten für diese Versorgungsform geeignet hält.

## **§ 6 Delegierbare Leistungen**

Auf das Praxispersonal des Augenarztes nach § 4 Abs. 2 sind folgende Aufgaben durch den Augenarzt delegierbar:

1. Anamnestische Erfassung der Beschwerden des Patienten durch einen Fragebogen (evtl. Statusänderungen, Änderungen der Therapie, neu aufgetretene subjektive Beschwerden) und ggf. Erfassung relevanter fachübergreifender Daten und Befunde anderer Ärzte (z. B. Hausarzt, Laborwerte)
2. Erfassung von Patientenfragen in Bezug auf die Krankheit
3. Bestimmung der objektiven Refraktion
4. Prüfung der Sehschärfe und der subjektiven Refraktion
5. Messung des Augeninnendrucks mit NCT
6. Digitale Fotodokumentation des vorderen Augenabschnitts und der Periokularregion mit HD-Spaltlampenkamera
7. Konfokale Ultraweitwinkel Scanning Laser-Ophthalmoskopie des Augenhintergrundes
8. bei Glaukompatienten: Prüfung des Gesichtsfeldes – statische Perimetrie
9. Zuordnung und Bereitstellung der Dateien auf dem Server
10. Zusendung der Befundberichte und Rezepte an die Patienten; evtl. Terminvereinbarungen.

## **§ 7 Leistungen des Augenarztes**

Die nachfolgend aufgeführten Leistungen sind nicht delegierbar und somit vom Augenarzt persönlich zu erbringen:

1. Auswertung der erhobenen Befunde und Erstellung des Befundberichts innerhalb von einer Woche; Festlegung des Intervalls bei erforderlichen Verlaufskontrollen
2. bei Bedarf/Erfordernis telefonische und/oder persönliche Beratung des Patienten
3. Erstellung von Rezepten
4. ggf. Erstellung von weiteren Unterlagen für mitbehandelnde Kollegen oder Krankenkassen.

## **§ 8 Umsetzung der Förderung und Abrechnung**

- (1) Neben den Leistungen nach Kapitel 6 des EBM, wird jedem an der Förderung teilnehmenden Augenarzt, für jeden Patienten, der teleophthalmologisch versorgt wird, ein Zuschlag von 20 EUR je Behandlungsfall zusätzlich vergütet.
- (2) Für die Abrechnung des teleophthalmologischen Behandlungsfalls setzt der Augenarzt seiner Abrechnung die Förder-Nr. 99621T zu.
- (3) Die KV Sachsen rechnet die jeweiligen Kosten der Ausgaben nach Abs. 2 bei der Krankenkasse ab, bei der der jeweilige Patient versichert ist.



## **§ 9 Beteiligung Herr Dr. Murovski**

- (1) Für die Bereitstellung der Erkenntnisse und Erfahrungen aus der „Vereinbarung zur Förderung der Teleophthalmologie zur Sicherstellung der augenärztlichen Versorgung in Zschopau und den angrenzenden Planungsbereichen gemäß § 105 Abs. 1a SGB V“ erhält Herr Dr. Murovski eine quartalsweise Innovationspauschale über die Laufzeit von 3 Jahren in Höhe von 1.500 EUR.
- (2) Für den ärztlichen Austausch, welcher die Umsetzung der Förderung bei anderen Augenärzten betrifft, erhält die Praxis Dr. Murovski für jede an der Förderung teilnehmende Augenarztpraxis, außer seiner eigenen, einmalig eine Erfahrungspauschale in Höhe von 500 EUR gezahlt. Die Abrechnung setzt die KV Sachsen der Abrechnung von Dr. Murovski zu und weist dies mit Anhang 2 zu dieser Anlage nach.
- (3) Die KV Sachsen ermittelt die Gesamtausgaben aus Abs. 1 und 2, die für die Aufwendungen von Herrn Dr. Murovski entstehen und teilt diese durch alle abgerechneten Behandlungsfälle, zu denen die Förder-Nr. 99621T abgerechnet wurde, um einen quartalsweisen Fallzuschlag zu erhalten. Das Produkt aus dem Fallzuschlag und der kassenspezifischen Anzahl der Förder-Nr. 99621T wird den beteiligten Krankenkassen über den Vorgang 300 im Formblatt ausgewiesen.

## **§ 10 Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung**

- (1) Je teilnehmendem Augenarzt sind mindestens 200 teleophthalmologische Behandlungsfälle zu erbringen. Die Gesamtfallzahl des geförderten Augenarztes steigt gegenüber der Gesamtfallzahl des Vorjahresquartals.
- (2) Die KV Sachsen informiert die LVSK über jeden neu an der Förderung teilnehmenden Augenarzt mit Anhang 1 bzw. informiert über die Beendigung der Teilnahme.
- (3) Die KV Sachsen übermittelt den LVSK je Quartal mit der Rechnungslegung folgende Daten:
  - Die Abrechnung der Innovations- und Erfahrungspauschalen mit Anhang 2
  - Die abgerechneten Förderleistungen für die GKV gemäß Anlage 1.1 und
  - Die arztindividuellen Evaluierungsdaten (pseudonymisiert) mit Anhang 3.
- (4) Die Messung erfolgt quartalsweise.

## **§ 11 Laufzeit**

Die Förderung wird für den Zeitraum vom 1. April 2024 bis 31. Dezember 2026 vereinbart.

## Anhang 1

### Teilnahmeerklärung der augenärztlichen Praxis

Name und Anschrift der Praxis; ggf. der Nebenbetriebsstätte/Zweigpraxis:

LANR:  
BSNR:  
NBSNR:

Behandlungsfallzahlen der vier Vorjahresquartale (von der KV Sachsen auszufüllen):

Quartal des Teilnahmebeginns	Vorquartale	Angabe der konkreten Vorquartale JJJJQ	Behandlungsfallzahl
	Teilnahmequartal - 1		
	Teilnahmequartal - 2		
	Teilnahmequartal - 3		
	Teilnahmequartal - 4		

Hiermit bestätige ich das Vorhalten der geforderten apparativen und personellen<sup>1</sup> Voraussetzungen gemäß § 4 für die o. g. Praxis.

Mit Abgabe dieser Teilnahmeerklärung bestätigt der Antragsteller die Richtigkeit der Angaben und wird verpflichtet, Änderungen unverzüglich der KV Sachsen mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

<sup>1</sup> Die erste augenärztliche Praxis, die für die Bilddokumentation Physician Assistants oder Medizinische Fachangestellte mit Berufserfahrung in der augenärztlichen Praxis für diese Förderung einsetzen möchte, ist verpflichtet, eine wissenschaftliche Evaluierung zur medizinischen Evidenz der Qualität der Bilddokumentation und der sich daraus ableitenden ärztlichen Befundung nach vier Förderquartalen bei der KV Sachsen einzureichen.

## Anhang 2

### Abrechnung der Aufwendungen von Herrn Dr. Murovski

Neue an der Förderung teilnehmende Praxis (Name, Anschrift, LANR, BSNR des sächsischen Augenarztes)	Teilnahmebeginn an der Teleophthalmologie ab (Datum)	Erfahrungspauschale einmalig je neuer Praxis
		500 €
Zzgl. Innovationspauschale für Quartal ...		1.500 €

**Summe:**

\_\_\_\_\_ €

### Anhang 3

#### Evaluationsdaten nach § 10

Pseudonym Augenarzt	Abrechnungsquartal	Quartal des Teilnahmebeginns des Augenarztes an der Förderung	Vorquartal vor Teilnahmebeginn	Anzahl Behandlungsfälle Vorquartal vor Teilnahmebeginn	Vorvorquartal vor Teilnahmebeginn	Anzahl Behandlungsfälle Vorvorquartal vor Teilnahmebeginn	Drittes Quartal vor Teilnahmebeginn	Anzahl Behandlungsfälle im dritten Quartal vor Teilnahmebeginn	Vorjahresquartal vor Teilnahmebeginn	Anzahl Behandlungsfälle im Vorjahresquartal vor Teilnahmebeginn	Anzahl Behandlungsfälle aktuelles Quartal	Anzahl Behandlungsfälle mit Förder-Nr. 99621T aktuelles Quartal

## **Anlage 10 zu Teil 2**

### **Vereinbarung zur Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V**

## **Förderung der fachärztlichen Versorgung durch Kinderärzte mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie sowie Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie**

### **§ 1 Versorgungsmangel**

Eine fachärztliche Behandlung wird nur von wenigen Kinderärzten erbracht. Dabei ist die Behandlung von Kindern mit pneumologischen Erkrankungen und morphologischen Veränderungen einer Hormondrüse und/oder mit einer laboratoriumsmedizinisch gesicherten Hormonüber- oder -unterfunktion besonders aufwendig. Zur Behandlung dieser Erkrankungen sind Kinderärzte mit den Zusatzweiterbildungen Kinder-Pneumologie sowie Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie erforderlich.

Ziel dieser Förderung soll es sein, dass die fachärztlich tätigen Kinderärzte mit den o. g. Zusatzweiterbildungen das spezielle Klientel dieser Kinder, für welches sie prioritär ausgebildet sind, vorrangig versorgen. Eine Behandlung von Kindern durch entsprechende Fachinternisten für Erwachsene sollte nur im Ausnahmefall stattfinden.

Kinder, welche keine fachärztliche Versorgung benötigen, sollen zu anderen Kinderärzten soweit notwendig umgelenkt werden. In der Folge können die fachärztlich tätigen Kinderärzte mehr Kinder zur fachärztlichen Behandlung aufnehmen.

Um dies anzureizen und den Kontakt zu den Bezugspersonen der Kinder und anderen Kinderärzten zur Umverteilung und Übergabe dieser Patientenklientel zu erreichen, vereinbaren die Vertragspartner eine Förderung.

### **§ 2 Ziele der Förderung**

Mit der Förderung soll gemäß dem 456. Beschluss des Bewertungsausschusses Nr. 2 Anstriche 1 und 2 die Anzahl der fachärztlichen Behandlungsfälle bei den fachärztlich tätigen Kinderärzten mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie sowie Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie gestärkt und die Fallzahl gesteigert werden.

### **§ 3 Teilnahme an der Förderung**

An der Förderung können niedergelassene und ermächtigte Kinderärzte mit den Zusatzqualifikationen bzw. Tätigkeitsschwerpunkten Pneumologie und Endokrinologie/Diabetologie teilnehmen.

#### **§ 4**

#### **Umsetzung der Förderung und Abrechnung**

- (1) Die fachärztlich tätigen Kinderärzte mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie sowie Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie erhalten für jeden fachärztlichen Behandlungsfall, bei dem Leistungen nach den Abschnitten 4.5.2 oder 4.5.5 des EBM zur Abrechnung gelangen, einen Zuschlag in Höhe von 20,00 EUR zu den Gesprächsleistungen nach der GOP 04231 EBM inkl. Buchstabenkennung gezahlt. Der Zuschlag wird nur einmal im Behandlungsfall gewährt. Die Förderung gem. Förder-Nr. 99674 wird von der KV Sachsen zugesetzt.
- (2) Die Abrechnung der Kosten nach Abs. 1 erfolgt bei der jeweiligen Krankenkasse, bei welcher der Patient versichert ist, im Formblatt 3 unter Angabe der Förder-Nr.

#### **§ 5**

#### **Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung**

- (1) Gemessen wird die Entwicklung der Behandlungsfälle, bei denen fachärztlich tätige Kinderärzte mit den Zusatzweiterbildungen Kinder-Pneumologie sowie Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie Gesprächsleistungen nach § 4 Abs. 1 erbringen.

Es erfolgt eine Steigerung der geförderten Fälle um mindestens 3 % im Vergleich zum Vorjahresquartal.

- (2) Zum Zeitpunkt der Rechnungslegung übermittelt die KV Sachsen den LVSK folgende Daten gemäß Anlage 1.1:

- die Anzahl der Förder-Nr. und die Fördersumme
- Arztbezogen (pseudonymisiert) die Anzahl der Förder-Nr. und der Behandlungsfälle mit Leistungen nach Abschnitt 4.5.2 oder 4.5.5 EBM im aktuellen Quartal und im Vorjahresquartal, gekennzeichnet nach Fachgruppe und Tätigkeitsumfang.

- (3) Die Messung erfolgt quartalsweise.

#### **§ 6**

#### **Arztinformation**

Mit der Honorarabrechnung eines Quartals erhält der förderberechtigte Arzt eine Information zur Höhe des Honorars, welches durch diese Förderung zusätzlich vergütet wurde.

#### **§ 7**

#### **Laufzeit**

Die Förderung wird für den Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis 31. Dezember 2025 vereinbart.

## Anlage 11 zu Teil 2

### Vereinbarung zur Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V

## Förderung von erweiterten Versorgungspraxen - Grundsätze und Standards -

### § 1 Versorgungsmangel

Die ärztliche Versorgung unter anderem auch der alternden und teilweise auch kränker werdenden sächsischen Bevölkerung gestaltet sich seit Jahren zusehends schwierig. Aktuell existieren im sächsischen Bedarfsplan als Planungsgrundlage 312 mögliche Kombinationen von Planungsbereichen und Arztgruppen. Dabei wurde zum Stand Januar 2024 durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Sachsen für vier hausärztliche sowie für einen hautärztlichen Planungsbereich Unterversorgung festgestellt.

In diesen Planungsbereichen ist die derzeitige Versorgung der Versicherten nicht mehr vollumfänglich sichergestellt, da die fehlenden ärztlichen Kapazitäten bisher nicht nachbesetzt werden konnten.

Darüber hinaus existieren weitere Regionen, für welche der Landesausschuss drohende Unterversorgung (N=58) oder zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf (N=21) festgestellt hat. Die Feststellungen verteilen sich auf die Fachrichtungen Augenärzte (N=11), HNO-Ärzte (N=3), Hautärzte (N=7), Kinderärzte (N=9), Nervenärzte (N=7), Kinder- und Jugendpsychiater (N=4), Psychotherapeuten (N=1), Urologen (N=3), Fachärzte für Physikalische und rehabilitative Medizin (N=2) und Hausärzte (N=32). Die Angaben beziehen sich auf den Stand Januar 2024. Auch dieser Versorgungsbedarf sollte bei der Bewertung der ärztlichen Versorgung berücksichtigt werden.

### § 2 Ziele der Förderung

Für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung müssen neue Maßnahmen erprobt werden, die insbesondere durch Delegation und Telemedizin eine deutliche Entlastung der geringen ärztlichen Ressourcen erreichen. Aus diesem Grund werden von der KV Sachsen Versorgungspraxen eingerichtet.

Ziel dieser Versorgungspraxen ist, einen Beitrag zur Sicherstellung bzw. Stabilisierung einer wohnortnahen ambulanten Versorgung in schlecht versorgten Regionen zu leisten.

Die Stabilisierung der ambulanten Versorgung in Regionen mit einer geringen Anzahl an Ärzten geht insbesondere mit der Erprobung und Implementierung innovativer Ansätze zur Versorgung vor Ort ansässiger Patienten einher, mit der Zielsetzung die vorhandenen ärztlichen Ressourcen effizient und zielgerichtet einzusetzen und damit eine höhere Anzahl an Patienten in der gleichen guten Qualität zu behandeln. Hier seien insbesondere die Untersuchung und Behandlung via Telemedizin sowie die Delegation von Leistungen zu erwähnen, worüber Kapazitäten für die präsenzte Behandlung in notwendigen Fällen geschaffen werden.

Die Versorgungspraxen sollen zudem auch die punktuelle Unterstützung der bestehenden Praxen in diesen Regionen bei Erkrankung des Personals und bei saisonalen Spitzen des Leistungsgeschehens durch Übernahme von Patienten gewährleisten.

Mit der Förderung soll gemäß dem 456. Beschluss des Bewertungsausschusses Nr. 2 Anstrich 3 und Nr. 3 die Versorgung der Patienten in Regionen sichergestellt werden, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Feststellungen gemäß § 7 getroffen hat.

Primär sollen aufgrund der Versorgungssituation Versorgungspraxen mit hausärztlichem Fokus etabliert werden. Je nach Erfolg der Etablierung der Versorgungspraxen wird eine Öffnungsklausel für die Einbindung fachärztlicher Richtungen (z.B. Hautärzte) vorgesehen.

### § 3 Mögliche Ausprägungen der Versorgungspraxen

- (1) Kombination aus physischer und digitaler Präsenz der Ärzte



Die Praxis ist täglich mit nichtärztlichem Personal besetzt, mehrere Tage pro Woche sogar ausschließlich mit nichtärztlichem Personal. Das nichtärztliche Personal erbringt Delegationsleistungen, wofür es die notwendigen Kompetenzen - erworben durch Zusatzqualifikationen - vorweist.

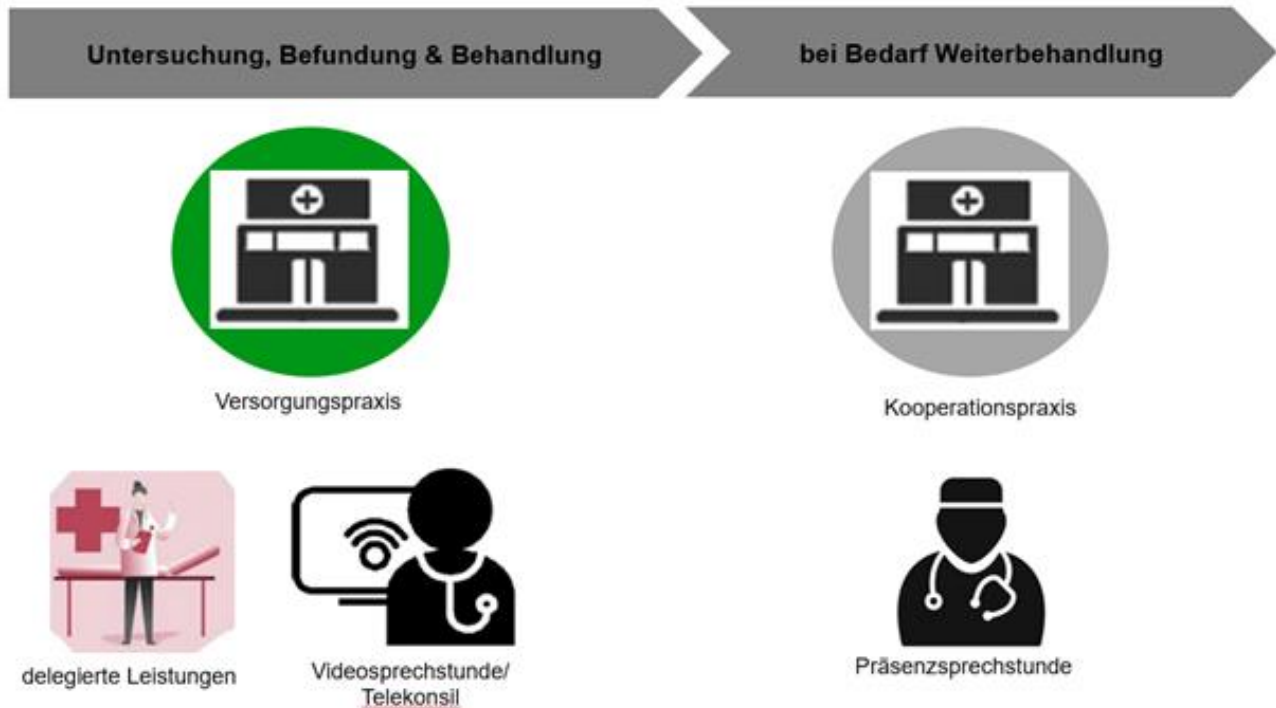
Ein Arzt wird bei Bedarf per Videosprechstunde oder Telekonsil dazugeschaltet. Mindestens an einem Tag pro Woche ist ein Arzt in der Praxis physisch anwesend. Die Patienten werden so gesteuert, dass diejenigen mit Behandlungsbedarf durch den Arzt auf den Präsenztage terminiert werden. Nicht aufschiebbare Behandlungen werden taggleich an kooperierende Praxen in der Region weitervermittelt.



Damit wird in einer derartigen Versorgungspraxis zwecks Untersuchung und Behandlung vorstelliger Patienten die ärztliche Ressource über eine Kombination aus Video- und Präsenzsprechstunde zur Verfügung gestellt. Delegierbare Leistungen werden durch das nichtärztliche Personal erbracht.

Die Verantwortung für den gesamten Untersuchungs- und Behandlungsprozess, sowie für die delegierten Leistungen, obliegt dem Arzt.

- (2) Ausschließlich digitale Präsenz der Ärzte



In dieser Ausgestaltung werden im Rahmen der Delegation vorrangig Routineuntersuchungen bei Patienten mit fest definierten Diagnosen durch besonders geschultes nichtärztliches Personal anhand standardisierter Untersuchungs- und Behandlungsabläufe durchgeführt.

Bei Bedarf wird der Arzt im Rahmen eines Telekonsils hinzugezogen oder die ärztliche Auswertung der Untersuchung und Befundung kann mit Hilfe einer Videosprechstunde stattfinden. Die ärztliche Steuerung des Gesamtprozesses findet damit nicht durch einen physisch anwesenden Facharzt, aber im Rahmen einer telemedizinischen Konsultation statt. Für den Bedarf einer Weiterbehandlung durch einen physisch anwesenden Arzt wird der Patient an eine kooperierende Praxis in der Region vermittelt.

#### § 4 Personelle Ausstattung

- (1) Die personelle Ausstattung ist abhängig von spezifischen Gegebenheiten und möglichen Kooperationen in den einzelnen Regionen und setzt den Rahmen für die technische Ausstattung sowie das angebotene Leistungsspektrum und das Ausmaß an delegierbaren Leistungen.

- (2) Das ärztliche Personal, welches für die Versorgungspraxis tätig wird, ist grundsätzlich niedergelassen. Es kann aus z.T. kooperierenden Praxen in der Region entstammen. Alternativ können die Ärzte bei der KV Sachsen angestellt sein. Kooperationen mit Krankenhäusern sind nicht ausgeschlossen. Gleiches gilt für angestelltes Personal in einem MVZ oder einer Praxis. Die Ärzte sind in fest definierten Zeiträumen für die Versorgungspraxis erreichbar und untersuchen bzw. befunden im Rahmen von Videosprechstunden und Telekonsilen. Für das ärztliche Personal werden die Videosprechstunden auf die Präsenzsprechstunden angerechnet, mit dem Vorteil, dass die ärztliche Ressource in die schlecht versorgten Regionen gesteuert wird. Die teilnehmenden Ärzte haben ein Weisungsrecht gegenüber dem nichtärztlichen Personal.
- (3) Das nichtärztliche Personal ist bei der KV Sachsen angestellt. Aufgrund der Notwendigkeit zur Delegation von Leistungen bedarf es grundsätzlich nichtärztlichen Personals mit Zusatzqualifikationen. In Frage kommen insbesondere nichtärztliche Praxisassistenten (näPa), Physician Assistants (PA), Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) oder medizinische Fachangestellte (MFA) mit mindestens dreijähriger Berufserfahrung. Das nichtärztliche Personal kann ein festgelegtes Repertoire an delegierbaren Leistungen ohne explizite Anordnung eines Arztes erbringen und ist qualifiziert zu entscheiden, wann ein Arzt hinzugezogen werden sollte. Die Entscheidung, welches Personal mit welcher Qualifikation angestellt wird, ist abhängig von der vor Ort in der Versorgerpraxis angebotenen haus- und/oder fachärztlichen Versorgung. Von der Qualifikation leitet sich das delegierbare Leistungsspektrum der jeweiligen Versorgungspraxis ab. Die Vereinbarungen zum angestellten nichtärztlichen Personal und der in der Versorgungspraxis delegierbaren Leistungen werden deshalb in den standortbezogenen Anlagen ab Anlage 11.1 vereinbart.  
Bei Erfordernis können außerdem für eine Anstellung von nichtärztlichem Personal auch andere Qualifikationen, wie z. B. Pflegefachkräfte oder Notfallsanitäter, nach entsprechender Anleitung und/oder Einarbeitung geeignet sein.

## **§ 5**

### **Technische Ausstattung**

- (1) In Abhängigkeit von der personellen Ausstattung, dem Leistungsspektrum und den daraus resultierenden Behandlungspfaden, ist die Ausstattung der Praxis zu wählen.
- (2) Die technische Ausstattung sowie Ausstattung mit Diagnostikgeräten ist so auszurichten, dass das festgelegte Leistungsspektrum inkl. Videosprechstunden/Telekonsile erbracht werden kann. In jeder Ausprägung einer Versorgungspraxis bedarf es damit einer telemedizinischen Grundausstattung, damit bei medizinischem Erfordernis - idealerweise taggleich - entweder eine Videosprechstunde mit dem Patienten oder eine Telekonsultation zwischen Arzt und nichtärztlichem Personal erfolgen kann. In Abhängigkeit der Erfordernisse einzelner Versorgungspraxen kann die Grundausstattung erweitert werden.
- (3) Insbesondere ist bei Festlegung der technischen Ausstattung zu berücksichtigen, dass der Zugriff auf behandlungsrelevante Daten für Ärzte aus kooperierenden Praxen standortunabhängig möglich sein sollte.

## **§ 6 Weiterbehandlung**

- (1) Eine notwendige akute Weiterbehandlung nach Befundung in der Videosprechstunde erfolgt – bei Vorliegen – grundsätzlich im Rahmen der Präsenzsprechstunde in der Praxis. Akute Fälle werden für eine Weiterbehandlung grundsätzlich taggleich an nahegelegene Praxen abgegeben. Dazu bedarf es eines Netzes an kooperierenden Praxen in der Region.
- (2) Falls keine Präsenzsprechstunde in der Versorgungspraxis implementiert ist, erfolgt die notwendige Weiterbehandlung lediglich in den kooperierenden Praxen.
- (3) Die KV Sachsen baut für die Gewährleistung von Weiterbehandlungen das Netz an Kooperationspraxen auf.

## **§ 7 Regionen für Versorgungspraxen**

- (1) Die Etablierung von Versorgungspraxen erfolgt grundsätzlich in Regionen, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Sachsen für mindestens zwei Facharztgruppen Feststellungen zu Unterversorgung, drohender Unterversorgung oder zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf getroffen hat.
- (2) Darüber hinaus können einvernehmlich Versorgungspraxen grundsätzlich in Regionen errichtet werden, in denen
  - a) eine Feststellung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Sachsen zu drohender Unterversorgung existiert oder
  - b) eine Feststellung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Sachsen zu zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf existiert oder
  - c) der Versorgungsgrad  $\leq 85\%$  ist.

## **§ 8 Bekanntgabe einer Versorgungspraxis und Terminvereinbarungen**

Zum Zeitpunkt der Errichtung einer Versorgungspraxis und zur Praxiseröffnung wird die Bevölkerung der betreffenden Region über die lokalen öffentlichen Medien über das neue Versorgungsangebot und die Wege der Erreichbarkeit zur Terminvereinbarung informiert. Darüber hinaus wird das Angebot auf der Homepage der KV Sachsen veröffentlicht und über einen Aushang und Ansprache der Patienten durch die kooperierenden Praxen bekannt gemacht.

## **§ 9 Pilotierung**

- (1) Für die Prüfung der Wirksamkeit von Versorgungspraxen verständigen sich die Vertragspartner auf eine Pilotphase, in der zwei Versorgungspraxen getestet werden. Die jeweilige Testphase umfasst vier Leistungsquartale.
- (2) Nach jeweiliger Errichtung und Praxiseröffnung der Versorgungspraxen erheben und bewerten die Vertragspartner einvernehmlich nach zwei Leistungsquartalen die Inanspruchnahme dieses Angebotes durch die Versicherten.

- (3) Von der KV Sachsen werden dazu je Versorgungspraxis jeweils folgende Daten erhoben und den LVSK nach Ablauf von den zwei Leistungsquartalen übermittelt:
- Anzahl der Patienten je Quartal für die GKV, die in der Versorgungspraxis abschließend behandelt wurden und Anzahl der Patienten, die außerdem von einer kooperierenden Praxis mitbehandelt wurden
  - Anzahl der Neupatienten in der Versorgungspraxis als Davongröße der Gesamtzahl und Anzahl der Neupatienten in den kooperierenden Praxen
  - Anzahl der Patienten, die von einer kooperierenden Hausarztpraxis in die Versorgungspraxis gesteuert wurden
  - Anzahl der in der Versorgungspraxis erbrachten Leistungen für jedes Leistungsquartal, getrennt je GOP des EBM
  - Anzahl der Videosprechstunden, die von kooperierenden Praxen übernommen wurden
  - Angabe der mit der Versorgungspraxis kooperierenden Praxen
  - Anzahl der Patienten, die in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen durch die Versorgungspraxis behandelt wurden (Wiedereinbestellpatienten).
- (4) Die Bewertung des Inanspruchnahmeverhaltens durch die Versicherten einer Versorgungspraxis sowie die Leistungserbringung soll Aufschluss darüber geben, ob die neue Versorgungsform von den Patienten vor Ort angenommen wird und ob die Ausrichtung bzw. Ausstattung der Versorgungspraxis optimiert werden muss, bevor weitere Versorgungspraxen skaliert werden.

## **§ 10 Finanzierung**

- (1) Die Finanzierung der Versorgungspraxen sowie die Vergütung von Leistungen kooperierender Praxen nach § 6 und der Leistungen nach § 11 Abs. 3 und 4 erfolgt aus dem Sicherstellungsfonds nach Teil 2 Anlage 1 § 4 Abs. 1, sofern die kooperierenden Praxen ihre Leistungen nicht nach EBM abrechnen. Leistungen, die von der Versorgungspraxis erbracht werden und ärztlichen Leistungen nach EBM entsprechen, werden unabhängig von ggf. gesonderten Abrechnungs-Nrn. aus dem jeweiligen Honorarfonds der Fachgruppe finanziert, für welche die Versorgungspraxis tätig wird. Welche Leistungen davon betroffen sind, wird konkret in der standortbezogenen Anlage definiert.
- (2) Für jede Versorgungspraxis wird vor Errichtung von der KV Sachsen den LVSK eine Kostenkalkulation für die Investitionen und die personelle und technische Ausstattung vorgelegt.
- (3) Für jede Versorgungspraxis übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen für jeweils 60 Monate nach Praxiseröffnung den Defizitausgleich, der sich ggf. aus den laufenden Betriebs- und Sachkosten und den Einnahmen aus Honoraren ergibt.

## **§ 11 Abrechnung**

- (1) Die in der Versorgungspraxis erbrachten Leistungen werden gemäß EBM über die KV Sachsen zur Abrechnung gebracht. Für die Inanspruchnahme von Leistungen ist die Vorlage der eGK durch den Versicherten erforderlich. Die jeweiligen Leistungen werden bei der Krankenkasse, bei welcher der Patient versichert ist, von der KV Sachsen abgerechnet.

- (2) Für Leistungen der Versorgungspraxis, bei denen kein Arzt tätig wird, erfolgt die Abrechnung ebenfalls nach den Vorschriften des EBM. Diese Leistungen werden quotiert honoriert. Über die betreffenden Leistungen und die Höhe der Quotierung verständigen sich die Vertragspartner in den standortbezogenen Anlagen ab 11.1.
- (3) Fälle, die in der Versorgungspraxis ausschließlich in Videosprechstunde behandelt werden, sind mit einer Pseudo-Abrechnungsziffer zu kennzeichnen.
- (4) Sofern die Versorgungspraxis die Videosprechstunde mit einer kooperierenden Praxis durchführt, ist die kooperierende Praxis berechtigt, diese Videosprechstunde über einen Zuschlag unter Angabe einer Förder-Nr. in Höhe von 10 EUR abzurechnen. Die Basisleistung für den Zuschlag ist in der entsprechenden standortbezogenen Anlage zu regeln.
- (5) Nach Abschluss eines Quartals übermittelt die KV Sachsen für jede Versorgungspraxis separat den LVSK eine Aufstellung zu den im Quartal angefallenen Sach- und Betriebskosten für die Versorgungspraxis und den von der Versorgungspraxis erzielten Einnahmen. Sofern ein Defizit verbleibt, wird dieses von der KV Sachsen nach der Satzart ANZVERS auf alle Krankenkassen aufgeteilt und über einen Vorgang zur Abrechnung gebracht.

## Anhang zur Anlage 11

Anzahl Patienten, die von Kooperationspraxen in die Versorgerpraxis gesteuert werden

Quartal	BSNR Kooperationspraxis	Anzahl Patienten, die in Versorgerpraxis gesteuert wurden (Kennzeichnung Behandlungsfälle mit ...)	BSNR Versorgerpraxis

Anzahl der Videosprechstunden, die von Kooperationspraxen für die Versorgerpraxis übernommen werden

Quartal	BSNR Kooperationspraxis	Anzahl Patienten, für welche die Kooperationspraxis für die Versorgerpraxis Videosprechstunden durchgeführt hat (Kennzeichnung Videosprechstunden mit ...)	BSNR Versorgerpraxis

## Teil 3

### Festlegung der Gesamtvergütungen in Sachsen

#### Präambel

Die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung sowie die Vergütung von Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einer Krankenkasse wird im Jahr 2025 – gemäß § 87a Abs. 3 und 4 SGB V – und den Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Versorgung berechnet.

#### § 1 Grundsätze

- (1) Die Gesamtvergütung wird mit Wirkung für die jeweiligen Krankenkassen für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort in Sachsen vereinbart.
- (2) Die Gesamtvergütung setzt sich zusammen aus:
  - a) der Vergütung für Leistungen aufgrund des bei Vertragsabschluss vorhersehbaren morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs der Versicherten gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 i. V. m. Abs. 4 SGB V (§ 2)
  - b) den Vergütungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (§ 3) und
  - c) der Vergütung für Leistungen aufgrund des bei Vertragsabschluss nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs der Versicherten gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V (§ 4).
- (3) Sofern keine Buchstabenkennung zu einer GOP in dieser Vereinbarung benannt ist, gilt die entsprechende Regelung für alle Buchstabenkennungen dieser GOP.

#### § 2 Festsetzung der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2025

Die Ermittlung der MGV richtet sich nach dem 383., 526., 640., 651., 654., 664., 682., 726. und 746. Beschluss des Bewertungsausschusses, nachfolgend Beschluss genannt.

#### A Ausgangswerte gemäß Punkt 2.2.1.1 des Beschlusses

1. Gemäß dem Beschluss bilden die Summe der von allen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V für das jeweilige Vorjahr vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarfe gemäß der Satzart KASSRG87aMGV\_SUM und ggf. aufgrund von Differenzen zwischen den Gesamtvertragspartnern einvernehmlich abgestimmte Korrekturen den Aufsatzwert für die Weiterentwicklung des Behandlungsbedarfs des aktuellen Jahres. Der Aufsatzwert wird quartalsweise auf der Grundlage der Daten des Vorjahresquartals ermittelt. Sofern in der Satzart KASSRG87aMGV\_IK Differenzen zwischen der Meldung der KV Sachsen und der jeweiligen Krankenkasse festzustellen sind, werden diese Differenzen zwischen den Gesamtvertragspartnern einvernehmlich geklärt. Über die kassenartenspezifischen

Differenzenklärungen sind die Gesamtvertragspartner von der betreffenden Kassenart entsprechend zu informieren.

2. Weiterhin werden die von den Krankenkassen gelieferten Versichertenzahlen der Satzart ANZVER87a als Summe der Feld-Nummern 21, 23 und 24 gemäß Beschluss, Punkt 2.2.3 genutzt. Sofern die Daten der Satzarten ARZTRG87aKA\_SUM und ARZTRG87aKA\_IK fehlerhaft sind, sind diese in Abstimmung mit den Krankenkassen zu korrigieren.

B Veränderung des Behandlungsbedarfs des Vorjahresquartals am Ende der Feststellung gemäß Punkt 2.2.1.1 des Beschlusses

Gegenwärtig nicht belegt

C Veränderung der Abgrenzung der MGV gegenüber dem Vorjahresquartal gemäß Punkt 2.2.1.2 des Beschlusses

1. Für die Ermittlung der nachfolgenden Punktmengen, die in die MGV ein- bzw. auszugliedern sind, sind nach dem Beschluss die Daten der Satzart ARZTRG87aKA\_SUM jeweils mit MGV-Kennzeichen „2“ bzw. „1“ und der Kennzeichnung „0“ im Feld 13 als „keine TSVG-Konstellation“ des jeweiligen Quartals des jeweiligen Vorjahres zu verwenden. Die ein- bzw. auszugliedernden Punktmengen ergeben sich, in dem die Werte Leistungsbedarf nach EUR-Gebührenordnung des jeweiligen Vorjahresquartals durch den Punktwert des Vorjahresquartals dividiert werden. Auf diese festgestellte Punktmenge wird die jeweils festzulegende Abstaffelungsquote angewandt.
2. Für die **KV-spezifische Abstaffelungsquote** gilt, dass diese ermittelt wird, in dem der vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal (aus den Daten der Satzart KAS-SRG87aMGV\_SUM) in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Vorjahresquartal multipliziert wird mit dem Punktwert des Vorjahres und dividiert wird durch die Summe der Leistungsmenge nach regionaler EUR-Gebührenordnung in der Wohnort-KV im Vorjahresquartal in Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Vorjahresquartal. Die KV-spezifische Abstaffelungsquote wird kaufmännisch auf 4 Stellen nach dem Komma gerundet.
3. Für die im Zusammenhang mit der Ermittlung der Bereinigungsbeträge zu verwendende **Quote für die Bereinigung von Selektivverträgen** nach Punkt 5.4.1 (Beschluss des Bewertungsausschusses in der 622. Sitzung) und von **ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung** nach Punkt 7.1 (Beschluss des Bewertungsausschusses in der 684. Sitzung i. V. m. Teil 5, § 6 Abs. 2b) erfolgt die Ermittlung in Schritt 1. Die Quote wird kaufmännisch auf 4 Stellen nach dem Komma gerundet.
4. Gemäß dem 430. Beschluss des Bewertungsausschusses werden die Leistungen des **Zweitmeinungsverfahrens Amputation bei Diabetischem Fußsyndrom** bis 1. Quartal 2025 in die MGV überführt. Dazu werden die Leistungsmengen mit dem Leistungssegmentkennzeichen „ZM4“ des jeweiligen Vorjahresquartals aus den Daten der Satzart ARZTRG87aKA\_SUM mit MGV-Kennzeichen „2“ nach regionaler Euro-Gebührenordnung entnommen und durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals dividiert. Es wird die Abstaffelungsquote von „1“ angesetzt. Die so ermittelte Leistungsmenge wird dem Behandlungsbedarf zugesetzt.
5. Gemäß dem 430. Beschluss des Bewertungsausschusses werden die Leistungen des **Zweitmeinungsverfahrens bei Wirbelsäuleneingriffen** bis 3. Quartal 2025 in die MGV



überführt. Dazu werden die Leistungsmengen mit dem Leistungssegmentkennzeichen „ZM6“ des jeweiligen Vorjahresquartals aus den Daten der Satzart ARZTRG87aKA\_SUM mit MGV-Kennzeichen „2“ nach regionaler Euro-Gebührenordnung entnommen und durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals dividiert. Es wird die Abstaffelungsquote von „1“ angesetzt. Die so ermittelte Leistungsmenge wird dem Behandlungsbedarf zugesetzt.

6. Gemäß dem 726. Beschluss des Bewertungsausschusses werden die Leistungen zur **Verordnung von Cannabis** (GOP 01626 EBM) vom 1. bis 4. Quartal 2025 in die MGV überführt. Dazu werden die Leistungsmengen des jeweiligen Vorjahresquartals aus den Daten der Satzart ARZTRG87aKA\_SUM mit dem MGV-Kennzeichen „2“ nach regionaler Euro-Gebührenordnung entnommen und durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals dividiert. Es wird die KV-spezifische Abstaffelungsquote nach Nr. 2 angesetzt. Die so ermittelte Leistungsmenge wird dem Behandlungsbedarf zugesetzt.
7. Gemäß dem 726. Beschluss des Bewertungsausschusses werden die Leistungen zur **Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektion** (GOP 01650 EBM) vom 1. bis 4. Quartal 2025 in die MGV überführt. Dazu werden die Leistungsmengen des jeweiligen Vorjahresquartals aus den Daten der Satzart ARZTRG87aKA\_SUM mit dem MGV-Kennzeichen „2“ nach regionaler Euro-Gebührenordnung entnommen und durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals dividiert. Es wird die KV-spezifische Abstaffelungsquote nach Nr. 2 angesetzt. Die so ermittelte Leistungsmenge wird dem Behandlungsbedarf zugesetzt.
8. Gemäß dem 726. und 740. Beschluss des Bewertungsausschusses werden die Leistungen der **Kapselendoskopie** (GOPen 04528, 04529, 13425 und 13426 EBM) vom 1. bis 4. Quartal 2025 in die MGV überführt. Dazu werden die Leistungsmengen des jeweiligen Vorjahresquartals aus den Daten der Satzart ARZTRG87aKA\_SUM mit dem MGV-Kennzeichen „2“ nach regionaler Euro-Gebührenordnung entnommen und durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals dividiert. Es wird die Abstaffelungsquote von „1“ angesetzt. Die so ermittelte Leistungsmenge wird dem Behandlungsbedarf zugesetzt.
9. Gemäß dem 726. Beschluss des Bewertungsausschusses werden die Leistungen der **Balneophototherapie** (GOP 10350 EBM) vom 1. bis 4. Quartal 2025 in die MGV überführt. Dazu werden die Leistungsmengen des jeweiligen Vorjahresquartals aus den Daten der Satzart ARZTRG87aKA\_SUM mit dem MGV-Kennzeichen „2“ nach regionaler Euro-Gebührenordnung entnommen und durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals dividiert. Es wird die KV-spezifische Abstaffelungsquote nach Nr. 2 angesetzt. Die so ermittelte Leistungsmenge wird dem Behandlungsbedarf zugesetzt.
10. Gemäß dem 726. Beschluss des Bewertungsausschusses werden die Leistungen der **hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom** (GOP 30210, 30212, 30216 und 30218 EBM) vom 1. bis 4. Quartal 2025 in die MGV überführt. Dazu werden die Leistungsmengen des jeweiligen Vorjahresquartals aus den Daten der Satzart ARZTRG87aKA\_SUM mit dem MGV-Kennzeichen „2“ nach regionaler Euro-Gebührenordnung entnommen und durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals dividiert. Es wird die KV-spezifische Abstaffelungsquote nach Nr. 2 angesetzt. Die so ermittelte Leistungsmenge wird dem Behandlungsbedarf zugesetzt.
11. Gemäß dem 726. Beschluss des Bewertungsausschusses werden die Leistungen der **MRSA-Diagnostik und Therapie** (Abschnitt 30,12 sowie GOP 30960 und 30961 EBM) vom 1. bis 4. Quartal 2025 in die MGV überführt. Dazu werden die Leistungsmengen des jeweiligen Vorjahresquartals aus den Daten der Satzart ARZTRG87aKA\_SUM mit dem MGV-

Kennzeichen „2“ nach regionaler Euro-Gebührenordnung entnommen und durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals dividiert. Es wird die KV-spezifische Abstufungsquote nach Nr. 2 angesetzt. Die so ermittelte Leistungsmenge wird dem Behandlungsbedarf zugesetzt.

12. Gemäß dem 726. Beschluss des Bewertungsausschusses wird die **Kostenpauschale für Sachkosten** im Rahmen des Umgangs, der Beschaffung, Lagerung, Materialverwaltung, Abfallbeseitigung und Entsorgung im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend **GOP 17372 bei Verwendung von Radium-223-dichlorid** (GOP 40582 EBM) vom 1. bis 4. Quartal 2025 in die MGV überführt. Dazu werden die Leistungsmengen des jeweiligen Vorjahresquartals aus den Daten der Satzart ARZTRG87aKA\_SUM mit dem MGV-Kennzeichen „2“ nach regionaler Euro-Gebührenordnung entnommen und durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals dividiert. Es wird die Abstufungsquote von „1“ angesetzt. Die so ermittelte Leistungsmenge wird dem Behandlungsbedarf zugesetzt.
13. Gemäß dem 726. Beschluss des Bewertungsausschusses werden die Leistungen zur **telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen** (Abschnitt 34.8 EBM) vom 1. bis 4. Quartal 2025 in die MGV überführt. Dazu werden die Leistungsmengen des jeweiligen Vorjahresquartals aus den Daten der Satzart ARZTRG87aKA\_SUM mit dem MGV-Kennzeichen „2“ nach regionaler Euro-Gebührenordnung entnommen und durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals dividiert. Es wird die KV-spezifische Abstufungsquote nach Nr. 2 angesetzt. Die so ermittelte Leistungsmenge wird dem Behandlungsbedarf zugesetzt
14. Infolge der Umstellung der Onkologie-Vereinbarung auf die Anlage 7 BMV-Ä und der damit einhergehenden Preisbildung, werden die **Zusatzpauschalen Onkologie** (GOPen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 EBM) vom 1. bis 4. Quartal 2025 je Quartal in Höhe von 708.330,80 EUR, umgerechnet mit dem regionalen Punktwert des Vorjahresquartals, aus der MGV ausgegliedert.
15. Die Vertragspartner verständigen sich auf die Ausgliederung der **schmerztherapeutischen Leistungen** (GOPen 30702, 30704, 30706 und 30708 EBM inkl. Suffix) vom 1. bis 4. Quartal 2025 aus der MGV. Dazu werden die Leistungsmengen des jeweiligen Vorjahresquartals aus den Daten der Satzart ARZTRG87aKA\_SUM mit dem MGV-Kennzeichen „1“ nach regionaler Euro-Gebührenordnung entnommen und durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals dividiert. Es wird die KV-spezifische Abstufungsquote nach Nr. 2 angesetzt. Die so ermittelte Leistungsmenge wird vom Behandlungsbedarf abgezogen.

D Veränderungen des Behandlungsbedarfs gegenüber dem Vorjahresquartal anstelle des Punktes 2.2.1.2 des Beschlusses

Gegenwärtig nicht belegt

E Veränderungen des Behandlungsbedarfs aufgrund der Bereinigung ASV und infolge des Bereinigungsverzichts gemäß Punkt 2.2.1.3 des Beschlusses

1. Von dem nach Abs. D festgestellten Behandlungsbedarf wird die gemäß Beschluss für das jeweilige Abrechnungsquartal aufgrund **ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung** gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V insgesamt ermittelte **Differenzbereinigungsmenge** in Punkten (positiv oder negativ) abgezogen.

2. Gemäß dem Beschluss ist der nach Abs. D festgestellte Behandlungsbedarf des Weiteren, um die ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen **Bereinigungsvolumina** von Selektivverträgen zu mindern, auf deren Bereinigung Krankenkassen im Vorjahresquartal aufgrund der Vorgaben des 400. Beschlusses des Bewertungsausschusses **verzicht haben**.
3. **Leistungen der offenen Sprechstunden** werden gemäß dem 640. und 651. Beschluss des Bewertungsausschusses in den relevanten Arztgruppen (Augenärzte, Chirurgen/Orthopäden, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Neurologen/Psychiater und Urologen) **bereinigt**. Die Umsetzung erfolgt gemäß den entsprechenden Beschlüssen in ihrer jeweils gültigen Fassung. Für die Ermittlung der Bereinigungsbeträge wird, die gemäß Punkt 8 des Beschlusses vom Institut des Bewertungsausschusses erstellte Excel-Tabelle verwendet und an die LVSK übersandt.

#### F Ausgleich des Kassenwechslereffektes gemäß Punkt 2.2.1.4 des Beschlusses

1. Gemäß dem 734. Beschluss des Bewertungsausschusses zum **Kassenwechslereffekt** wird der nach Abs. E festgestellte Behandlungsbedarf unter Beachtung des Vorzeichens (positiv oder negativ) angepasst. Für den KV-Bereich Sachsen sind dies 0,0546 % je Quartal.

#### G Krankenkassenspezifische Anteilsbildung des Behandlungsbedarfs gemäß Punkt 2.2.2 des Beschlusses

1. Gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V i. V. m. dem 654. Beschluss des Bewertungsausschusses wird der nach Abs. F ermittelte Behandlungsbedarf je Quartal auf die Krankenkassen entsprechend ihrem **Anteil** an den für das jeweilige Vorjahresquartal für Versicherte mit Wohnort in Sachsen abgerechneten Leistungen (ARZTRG87aKA\_IK jeweils mit MGV-Kennzeichen 1), die im Abrechnungsquartal der MGV zugehören, nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung aufgeteilt. Für die Aufteilung werden auch die kassenspezifischen Leistungsmengen berücksichtigt, die dem Betrag in Buchstabe C Nr. 14 zugrunde liegen.
2. Bestandskräftige Entscheidungen zu Honorarberichtigungen aus sachlich-rechnerischer Richtigstellung, insbesondere aus **kassenseitigen Prüfanträgen** für Leistungsquartale ab dem 1. Quartal 2012 werden bei der jeweils nächstfolgenden Berechnung der Anteilsbildung kassenspezifisch berücksichtigt. Eine rückwirkende Änderung der Datengrundlagen zur Bestimmung der Aufsatzwerte (ARZTRG- und KASSRG-Daten) für das die Honorarberichtigung betreffende Quartal findet nicht statt.
3. Hat eine Krankenkasse vom **Bereinungsverzicht** für Selektivverträge Gebrauch gemacht, so kann nach Aufteilung gemäß Beschluss dem kassenspezifischen Anteil das für das Vorjahresquartal ermittelte und vorliegende voraussichtliche Bereinigungsvolumen der betreffenden Krankenkasse von der KV Sachsen zugesetzt werden, sofern der Schwellenwert von 500,00 EUR je Vertrag und Krankenkasse je Quartal unterschritten ist. Wird der Schwellenwert überschritten, erfolgt eine **Zusetzung**.

#### H Ermittlung der krankenkassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal gemäß Punkt 2.2.3 des Beschlusses

1. Der nach Abs. G festgestellte Behandlungsbedarf wird für die Ermittlung des quartalsweisen Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB V i. V. m. dem Beschluss um die Zahl der **Versicherten** der jeweiligen Krankenkasse mit Wohnort im Bereich der KV Sachsen **angepasst**. Dafür wird der aufgeteilte Behandlungsbedarf nach Abs. G für jede einzelne Krankenkasse durch die im Vorjahresquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs

verwendete Versichertenzahl gemäß der Datenlieferung ANZVER87a geteilt und mit der für das Abrechnungsquartal festgestellten Versichertenzahl gemäß der Datenlieferung ANZVER87a multipliziert. Hierzu wird jeweils die Summe der Feld-Nummern 21, 23 und 24 verwendet. In Abstimmung zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der KV Sachsen kann der zu nutzende Wert angepasst werden.

I Veränderung des ermittelten krankenkassenspezifischen Aufsatzwerts im Abrechnungsquartal am Ende des Punktes 2.2.3 des Beschlusses

Gegenwärtig nicht belegt

J Weiterentwicklung der krankenkassenspezifischen Aufsatzwerte im Abrechnungsquartal gemäß Punktes 2.2.4 des Beschlusses

1. Der kassenspezifische Aufsatzwert nach Abs. I wird nach dem 663. Beschluss des Bewertungsausschusses um die Veränderung der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bereich der KV Sachsen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V um 0,3003 % basiswirksam gesteigert. Die **morbiditätsbedingte Veränderungsrate** ergibt sich aus der Wichtung 50:50 der diagnosebezogenen Rate in Höhe von 0,6753 % und der demografiebezogenen Rate in Höhe von -0,0747 %.
2. Weiterhin sind nach dem Beschluss die **vertragsübergreifenden Gesamtbereinigungsmengen** je Versicherten der Krankenkasse (ungerundeter Wert) multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenzahl im Vorjahresquartal zu addieren.
3. Zudem erfolgt gemäß dem Beschluss eine basiswirksame **Differenzbereinigung** für Neuschreiber in **Selektivverträge** und Rückkehrer in die Kollektivversorgung sowie für Bestandsteilnehmer im Falle einer Änderung des Versorgungsumfanges des Selektivvertrages. Die Differenzbereinigungsmenge in Punkten (positiv oder negativ) ist vom vereinbarten Behandlungsbedarf in Punkten nach Abs. I abzuziehen. Ein positiver Wert stellt einen Abzug vom Behandlungsbedarf, ein negativer Wert eine Zusetzung dar. Die Ermittlung der Werte ergibt sich aus den Bereinigungsverträgen. Die Werte zur Ermittlung der Bereinigungsmengen ergeben sich aus den im Vorfeld vorläufig abgestimmten Berechnungen der KV Sachsen mit den betreffenden Krankenkassen bzw. Kassenverbänden.

K Ermittlung der zahlungsrelevanten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

1. Die nach Abs. J ermittelten quartalsbezogenen Gesamtbehandlungsbedarfe für alle Versicherten mit Wohnort in Sachsen werden auf eine Stelle nach dem Komma kaufmännisch gerundet und in Punkten ausgewiesen. Eine konkrete Benennung des Wertes des Gesamtbehandlungsbedarfes jedes Quartals kann erst nach den in Abs. A dargelegten Korrekturen erfolgen. Dieser Gesamtbehandlungsbedarf wird jeweils mit dem regionalen Punktwert gemäß Teil 2 § 1 multipliziert und ergibt die MGV je Quartal des aktuellen Jahres, die auf zwei Stellen nach dem Komma kaufmännisch gerundet wird. Der Ausweis der Summe der MGV für die GKV erfolgt je Quartal im Schritt 3 der Behandlungsbedarfsberechnungen. Des Weiteren werden die kassenspezifischen MGV-Anteile in Prozent ausgewiesen.

## L Weitere Berechnungsgrundsätze der Vereinbarungspartner

1. Veränderungen bei der Ermittlung des Behandlungsbedarfs werden in der Berechnung zusätzlich informativ als prozentuale Veränderung je Krankenkasse ausgewiesen, bezogen auf die MGV bzw. den Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals des Zeitraums der Veränderung. Diese Werte werden auf vier Nachkommastellen kaufmännisch gerundet.
2. Im Falle einer Fusion von Krankenkassen zu einer Krankenkasse mit einer VKNR sind die jeweils kassenspezifischen Behandlungsbedarfe zusammenzuführen. Die konkrete Umsetzung wird in Teil 4 der Vereinbarung geregelt.
3. Eine Anpassung des Aufsatzwertes wegen der Veränderung von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen aufgrund gesetzlicher oder satzungsmäßiger Leistungen nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V erfolgt, wenn der Bewertungsausschuss entsprechende Beschlüsse gefasst hat.
4. Die Ermittlung des vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfs wird nach der Anlage 1 vorgenommen. Die Anlage 1 enthält die GKV-Werte der Schritte 1 und 2 sowie im Schritt 3 die kassenspezifischen Werte inkl. des Ausweises der quartalsweisen Höhe des Anteils der Krankenkassen am Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V zur rechnerischen Jahreswertmittlung. Nach Aktualisierung wird die Anlage 1 je Quartal nach einvernehmlicher Abstimmung der GKV-Werte zwischen den Vertragspartnern ausgetauscht.

### **§ 3**

#### **Vergütungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung**

- (1) Außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden zu den Preisen der SGO folgende Leistungen vergütet:
  - a) Leistungen im Behandlungs- und Arztgruppenfall (gemäß 79. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses Nr. 2) aufgrund einer Terminvermittlung im Akutfall durch die TSS gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 SGB V, sofern das medizinische Ersteinschätzungsverfahren der KBV zum Einsatz gelangt (Suffix A an GOPen nach Buchstabe d), sofern die Behandlung spätestens am Tag nach Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS erfolgte.
  - b) Leistungen im Behandlungs- und Arztgruppenfall (gemäß 79. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses Nr. 2) aufgrund einer Terminvermittlung durch die TSS gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 SGB V
  - c) Leistungen im Behandlungsfall bei einem Facharzt (gemäß 79. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses Nr. 2) aufgrund einer Terminvermittlung durch den Hausarzt gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 4 SGB V, wenn die Behandlung beim Facharzt innerhalb von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit beginnt oder die Behandlung spätestens am 35. Tag nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt beginnt und eine Terminvermittlung durch die TSS oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder zumutbar war.
  - d) Zuschläge auf die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen (GOPen 01322, 01323, 03010, 04010, 05228, 06228, 07228, 08228, 09228, 10228, 11228, 13228,

13298, 13348, 13398, 13498, 13548, 13598, 13648, 13698, 14218, 15228, 16228, 17228, 18228, 20228, 21236, 21237, 22228, 23228, 23229, 24228, 25228, 25229, 25230, 26228, 27228, 30705 EBM mit den jeweiligen altersbezogenen Zusatznummern und den bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichen („Suffixe“) werden gezahlt für:

1. TSS-Akutfall

- in Höhe von 200 %, wenn die Behandlung eines Akutfalls nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 4 SGB V nach Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS und Einschätzung als TSS-Akutfall durch die TSS spätestens am Folgetag beginnt.

2. TSS-Terminfall

- in Höhe von 100 %, wenn die Behandlung nach § 75 Abs. 1a Satz 3 SGB V ab dem gleichen bis zum 4. Kalendertag,
- in Höhe von 80 %, wenn die Behandlung nach § 75 Abs. 1a Satz 3 SGB V ab dem 5. bis zum 14. Kalendertag,
- in Höhe von 40 %, wenn die Behandlung nach § 75 Abs. 1a Satz 3 SGB V ab dem 15. bis zum 35. Kalendertag

nach dem Tag der Terminvermittlung durch die Terminservicestelle erfolgt.

3. TSS-Terminfall für Kinderfrüherkennungsuntersuchungen

- Zusatzpauschale nach der GOP 01710 für die Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung bei Kindern in Höhe von

217 Punkten bei Behandlung vom gleichen bis zum 4. Kalendertag,

173 Punkten bei Behandlung vom 5. bis zum 14. Kalendertag und

87 Punkten bei Behandlung vom 15. bis zum 35. Kalendertag

nach der Terminvermittlung.

e) 1. Vermittlungszuschlag für den Hausarzt (GOPen 03008 und 04008 EBM), wenn die Behandlung des Versicherten beim Facharzt

- spätestens am 4. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt beginnt oder
- spätestens am 35. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt, und eine Terminvermittlung durch die TSS oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder zumutbar war, beginnt.

Die Berechnungsfähigkeit der GOPen ab dem 24. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit setzt die Angabe einer medizinischen Begründung voraus.

2. Zuschläge für Fachärzte

Die Zuschläge und Fristen nach Abs. 1d) Nr. 2 gelten gleichermaßen für Fachärzte, wenn die Terminvermittlung durch einen Hausarzt bei dem betreffenden Facharzt erfolgte.

f) Leistungen im Behandlungs- und Arztgruppenfall (gemäß § 17 Abs. 1c BMV-Ä), die innerhalb von offenen Sprechstunden erfolgen, gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V

- (2) Die Leistungen gemäß Anlagen 2 und 3 werden im Vertragszeitraum außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach der SGO vergütet.

#### § 4

##### **Vergütung von Leistungen aufgrund des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V**

- (1) Zahlungen für Leistungen aufgrund des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs sind einmalig und nicht basiswirksam.
- (2) Die Feststellung eines eventuellen Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Akuterkrankungen wird durch den Bewertungsausschuss in Empfehlungen weitergehend konkretisiert. Die vom Bewertungsausschuss vorgesehenen Empfehlungen sind zu berücksichtigen.
- (3) Die Feststellung eines Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen treffen die KV Sachsen und die LVSK gemeinsam. Die in diesem Zusammenhang anfallenden ärztlichen Leistungen sind durch den Arzt bei der Abrechnung zu kennzeichnen. Die Kennzeichnung ergibt sich entweder aus Vorgaben des Bewertungsausschusses oder wird von der KV Sachsen und den LVSK gemeinsam festgelegt. Die Vergütung der gekennzeichneten Leistungen erfolgt nach Rechnungslegung durch die KV Sachsen analog den in § 8 vereinbarten Zahlungsfristen.

#### § 5

##### **Honorarkürzungen der KV Sachsen**

- (1) Durch die KV Sachsen wird die Honorarkürzung der betreffenden Ärzte wegen **fehlender fachlicher Fortbildung** gemäß § 95d Abs. 3 Satz 3 SGB V festgestellt. Aus der anteiligen Honorarkürzung ist von der KV Sachsen zu ermitteln, welcher Anteil davon auf Leistungen gemäß Teil 3 § 3 zu dieser Vereinbarung entfällt. Das gemäß § 95d Abs. 3 Satz 3 SGB V zu kürzende Honorar in Höhe von 10,00 % bzw. 25,00 % der gemäß Teil 3 § 3 festgestellten Leistungen wird von der KV Sachsen je Krankenkasse ermittelt und der betreffenden Krankenkasse im Formblatt 3 über einen separaten Vorgang im aktuellen Quartal zurückerstattet.
- (2) Aus der anteiligen Honorarkürzung wegen des **fehlenden Versichertenstammdatenabgleichs** gemäß § 291b Abs. 5 SGB V ist von der KV Sachsen zu ermitteln, welcher Anteil davon auf Leistungen gemäß Teil 3 § 3 zu dieser Vereinbarung entfällt. Das gemäß § 291b Abs. 5 SGB V zu kürzende Honorar in Höhe von 2,50% der gemäß Teil 3 § 3 festgestellten Leistungen wird von der KV Sachsen je Krankenkasse ermittelt und der betreffenden Krankenkasse im Formblatt 3 über einen separaten Vorgang im aktuellen Quartal zurückerstattet.
- (3) Aus der anteiligen Honorarkürzung wegen **fehlender Komponenten und Dienste für die elektronische Patientenakte** gemäß § 341 Abs. 6 SGB V ist von der KV Sachsen zu ermitteln, welcher Anteil davon auf Leistungen gemäß Teil 3 § 3 zu dieser Vereinbarung entfällt. Das gemäß § 341 Abs. 6 SGB V zu kürzende Honorar in Höhe von 1,00 % der gemäß Teil 3 § 3 festgestellten Leistungen wird von der KV Sachsen je Krankenkasse ermittelt und der betreffenden Krankenkasse im Formblatt 3 über einen separaten Vorgang im aktuellen Quartal zurückerstattet, sofern die Honorarkürzung nicht bereits nach § 291b Abs. 5 SGB V erfolgte.

- (4) Durch die KV Sachsen ist gemäß § 360 Abs. 17 SGB V festzustellen, welche vertragsärztlichen Leistungserbringer den Nachweis **nicht** erbracht haben, nach dem sie **in der Lage sind, verschreibungspflichtige Arzneimittel** gemäß § 360 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V **elektronisch auszustellen und zu übermitteln**, sofern diese Leistungserbringer nicht einer Facharztgruppe angehören, die im Regelfall keine Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ausstellt. Für die Leistungserbringer, die den Nachweis nicht erbracht haben, ist die Vergütung durch die KV Sachsen pauschal um 1,00 % zu kürzen. Aus dieser Kürzung ist von der KV Sachsen zu ermitteln, welcher Anteil davon auf Leistungen gemäß Teil 3 § 3 zu dieser Vereinbarung entfällt. Von diesem Vergütungsvolumen wird der Anteil jeder Krankenkasse ermittelt und über einen separaten Vorgang im Formblatt 3 im aktuellen Quartal der betreffenden Krankenkasse zurückerstattet.

## § 6

### **Überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und Fremdkassenzahlungsausgleichsverfahren (FKZ)**

- (1) Die im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erbrachten Leistungen sind Bestandteil des Behandlungsbedarfs und unterliegen den in dieser Vereinbarung getroffenen Regelungen.
- (2) Die Krankenkassen haben für außerbudgetäre Leistungen die sich aus der am Ort der Leistungserbringung gültigen regionalen EUR-Gebührenordnung ergebenden abweichenden Preise (wie z. B. Punktwertzuschläge nach § 87a Abs. 2 Sätze 2 und 3 SGB V) zu tragen, ggf. unter Beachtung der regionalen Quotierungsvorgaben (z. B. Fallzahlbegrenzung in der Sozialpsychiatrievereinbarung).
- (3) Die Zuordnung und Vergütung der betreffenden Leistungen zum Bereich innerhalb oder außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung richtet sich nach dieser Vereinbarung.
- (4) Für Leistungen, die nach diesem Vertrag nicht Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, vergüten die Krankenkassen der KV Sachsen die im FKZ von der Kassenärztlichen Vereinigung am Leistungsort geltend gemachten Preise laut regionaler EUR-Gebührenordnung oder nach Verträgen am Leistungsort, sofern für diese Verträge eine Anerkennungsvereinbarung der betreffenden Krankenkasse abgegeben wurde.
- (5) Die Vergütung für Leistungen, die nach diesem Vertrag Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, ist mit der Zahlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in Höhe des regionalen Punktwertes nach § 1 Teil 2 abgegolten. Differenzen durch Vergütungen mit höherem Punktwert in anderen KV-Bereichen vergüten die Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 3a SGB V zusätzlich.
- (6) Der Nachweis der betreffenden Leistungen erfolgt gemäß der jeweils gültigen Formblattrichtlinie. Sofern erforderlich, übermittelt die KV Sachsen spätestens mit dem Rechnungsbrief ergänzende Leistungsstatistiken.
- (7) Die Verrechnungen zwischen der KV Sachsen und der Kassenärztlichen Vereinigung am Leistungsort richten sich ausschließlich nach der Richtlinie der KBV gemäß § 75 Abs. 7a SGB V.



## **§ 7 Kostenerstattung**

- (1) Für die Anzahl der Versicherten, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben, wird eine Verrechnung des basiswirksamen Behandlungsbedarfs je Versicherten mit der Gesamtvergütung durchgeführt, sofern diese Versicherten in der Satzart ANZVER87a\_IK, Feld-Nummer 22 aufgeführt sind.
- (2) Es erfolgt ein pauschaler Abzug in Höhe von 50 % des quartalsweisen durchschnittlichen kassenindividuellen Behandlungsbedarfs je Versicherten (Berechnungsstand zum Zeitpunkt der Erstrechnungslegung).
- (3) Im Formblatt 3 erfolgt die Gutschrift mittels Vorgang 212.

## **§ 8 Abschlags- und Restzahlungen, Formblattkorrekturen**

- (1) Basis für die Abschlagszahlungen sind (nach Anhang 1.1 zur Anlage 4) die Versicherten und die in Rechnung gestellte MGV und EGV des Vorjahresquartals. Es erfolgt eine Berücksichtigung der Versichertenentwicklung zum Vorvorquartal des Abschlagsquartals. Die Abschläge für die MGV sind, um die vereinbarten Veränderungen zum regionalen Punktwert und zur Morbidität des jeweils aktuellen Quartals anzupassen. Weitere Regelungen zu Abschlags- und Restzahlungen werden kassenartenindividuell in Teil 4 der Vereinbarung abschließend geregelt.
- (2) Erfolgen ab dem Jahr 2024 Korrekturen der MGV, werden diese grundsätzlich über Vorgänge in Folgequartalen ausgewiesen. Sofern die Korrektursumme 0,5 % der kassenspezifischen MGV überschreitet, wobei mindestens eine Differenz von 0,3 Mio. EUR bei mindestens einer Krankenkasse festgestellt wurde und die Korrektur nicht infolge von rückwirkenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses eingetreten ist, erstellt die KV Sachsen ein neues korrigiertes Formblatt 3 für das betreffende Quartal. Diese Regelung ersetzt ggf. bestehende bilaterale Vereinbarungen zwischen einzelnen Krankenkassenverbänden und der KV Sachsen.

## **§ 9 Terminservicestelle (TSS)**

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren eine quartalsweise GKV-Gesamtübersicht zur TSS entsprechend der Anlage zur Richtlinie § 75 Abs. 7 Nr. 1 SGB V i. V. m. § 11 Abs. 1 Anlage 28 zum BMV-Ä, die den LVSK zwei Quartale nach Ende des Abrechnungsquartals übermittelt wird.
- (2) Versichertenbeschwerden zur TSS werden von den gesetzlichen Krankenkassen an die KV Sachsen zur Bearbeitung weitergeleitet.

## **§ 10 Sonstige Festlegungen**

- (1) Sollten entsprechende gesetzliche Regelungen in Kraft treten bzw. zur Umsetzung von zukünftigen Bundes- bzw. Durchführungsempfehlungen oder einschlägigen Beschlüssen nehmen die Vertragspartner unverzüglich die Verhandlungen auf.
- (2) Datenlieferungen nach dieser Vereinbarung erfolgen insbesondere entsprechend dem Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern (Anlage 6 BMV-Ä), der Technischen Anlage hierzu, der Vereinbarung über das Formblatt 3 sowie gemäß Anlage 4. Im Formblatt 3 (mit den Daten bereichseigener und bereichsfremder Ärzte sowie deren Summe) erfolgt die Ausweisung der regionalen Vereinbarungen zwischen KV Sachsen und LVSK bzw. sächsischen Einzelkassen in einer Gliederungstiefe, bis Ebene 6. Sofern davon abgewichen werden soll, verständigen sich die jeweiligen Vereinbarungspartner bilateral bzw. in den regionalen Vereinbarungen. Davon unberührt bleibt der Ausweis von Leistungen nichtsächsischer Vereinbarungen.
- (3) Zusätzliche in dieser Vereinbarung vereinbarte Datenlieferungen erfolgen über sFTP-Server oder KOSY im csv-Format. Bei Lieferungen in anderen Formaten prüft die KV Sachsen eine Umstellung des Lieferformates.

## **Anlage 1 zu Teil 3**

### **Berechnungsschema für die Ermittlung des vereinbarten Behandlungsbedarfs der Quartale des Jahres 2025**

Wird von den Vertragspartnern abgestimmt.

Im Unterschriftsverfahren

## **Anlage 2 zu Teil 3**

### **Auflistung der außerbudgetär zu vergütenden Leistungen je Quartal 2025**

Veröffentlichung je Quartal auf der Homepage der KV Sachsen unter: <https://www.kvsachsen.de/fuer-praxen/honorar-und-abrechnung/honorar/honorardaten>

Im Unterschriftenverfahren

## Anlage 3 zu Teil 3

### Wegepauschalen

	Förder-Nr.	Zone	Erläuterung	Pauschalen
<b>T A G</b>	<b>93220</b>	1	bis 2 km T	4,84 €
	<b>93222</b>	2	2 - 5 km T	8,58 €
	<b>93224</b>	3	5 - 10 km T	12,32 €
	<b>93226</b>	4	10 - 15 km T	14,52 €
	<b>93228</b>	5	15 - 20 km T	16,83 €
	<b>93230</b>	6	20 - 25 km T	19,25 €
	<b>93232</b>	7	25 - 30 km T	21,67 €
	<b>93234</b>	8	30 - 35 km T	24,09 €
	<b>93236</b>	9	ab 35 km T	26,51 €
<b>N A C H T</b>	<b>93221</b>	1	bis 2 km N	10,34 €
	<b>93223</b>	2	2 - 5 km N	14,08 €
	<b>93225</b>	3	5 - 10 km N	17,82 €
	<b>93227</b>	4	10 - 15 km N	20,02 €
	<b>93229</b>	5	15 - 20 km N	22,33 €
	<b>93231</b>	6	20 - 25 km N	24,75 €
	<b>93233</b>	7	25 - 30 km N	27,17 €
	<b>93235</b>	8	30 - 35 km N	29,59 €
	<b>93237</b>	9	ab 35 km N	32,01 €

Abk.: T Fahrten zwischen 07:00 und 19:00 Uhr  
 N Fahrten zwischen 19:00 und 07:00 Uhr

Die Berechnungsfähigkeit von Wegepauschalen richtet sich nach dem Kommentar zu Bereich II – Präambel zu Abschnitt 1.4 EBM (Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen). Die Wegepauschalen bilden keinen ärztlichen Aufwand ab, dieser ist in den GOPen des Abschnitts 1.4. EBM enthalten.

Die durch den Arzt abrechnungsfähige Kilometerzone richtet sich nach der Entfernung vom Ausgangsort des Arztes (z. B. Praxis oder Wohnung eines Patienten von einem zuvor durchgeführten Hausbesuch) bis zum Hausbesuchsort des Patienten, der den Hausbesuch angefordert hatte.

## Anlage 4 zu Teil 3

# Übermittlung rechnungsbegründender Unterlagen

### Präambel

Für eine effiziente und papierlose Übermittlung von Daten und Informationen zwischen der KV Sachsen und den gesetzlichen Krankenkassen zu ergänzenden zahlungsbegründenden Unterlagen im Zusammenhang mit der Rechnungslegung der Gesamtvergütung verständigen sich die Vertragspartner zu kassenartenübergreifenden Regelungen der Datenbereitstellung und –übermittlung.

Für sichere Übertragungswege erfolgt die Datenübermittlung mittels sFTP-Server.

### § 1

#### Datenübertragungsweg

##### **PUSH-Verfahren**

Der Absender der Daten (z. B. KV Sachsen) stellt die Daten dem Empfänger (z. B. Krankenkasse) auf dem sFTP-Server des Empfängers zur Verfügung. Das PUSH-Verfahren wird beidseitig angewandt.

### § 2

#### Verschlüsselung und Datensicherheit

- (1) Gemäß den Richtlinien für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen muss die Datendatei mit dem Verfahren PKCS#7 verschlüsselt und signiert werden.
- (2) Das Security-Verfahren PKCS#7 wird in der AUF-Datei mit folgenden Kennzeichen angegeben:
  - 03: Verschlüsselungsart nach PKCS#7 für LE-Verfahren
  - 03: Elektronische Unterschrift nach PKCS#7 für LE-Verfahren
- (3) Grundsätzlich werden folgende Aktionen vom Absender und Empfänger durchgeführt:
  - a) Absender signiert Datendatei mit seinem privaten Schlüssel.
  - b) Absender verschlüsselt Datendatei mit öffentlichem Schlüssel des Empfängers.
  - c) Empfänger entschlüsselt Datendatei mit privatem Schlüssel des Empfängers.
  - d) Empfänger prüft Signatur mit öffentlichem Schlüssel des Absenders.

### § 3

#### Testverfahren

- (1) Um Probleme im Zahlungsverkehr aufgrund der Umstellung der Datenübermittlung zu vermeiden, werden über den im Anhang 1 unter „Zeitraum Testverfahren“ genannten Zeitintervall oder den festgelegten Abrechnungsquartalen zusätzlich zu den Datenübermittlungen via sFTP-Server die Daten in der bisherigen Form (postalische Zusendung oder Bereitstellung über KOSY) übermittelt.

- (2) Nach erstmaliger Übermittlung gemäß Anhang 1 erfolgt durch die Vertragspartner eine eingehende Prüfung, ob die vereinbarten Inhalte, Datenformate und Übertragungswege vollständig eingehalten wurden. Korrekturbedarf wird innerhalb von vier Wochen schriftlich angezeigt, um bis zur nächsten Testphase Fehler auszuräumen.
- (3) Wird von allen Vertragspartnern festgestellt, dass die Übermittlung fehlerfrei erfolgte, verständigen sich die Vertragspartner auf das Ende der Testphase und die Produktivsetzung der abschließlichen Übertragung der vereinbarten Inhalte via sFTP-Server. Der Anhang 1 ist dafür entsprechend zu ergänzen. Ab diesem Datum entfällt die zusätzliche postalische Übermittlung oder Bereitstellung über KOSY.

#### **§ 4**

##### **Aufbau der Datenübertragung/Datenbereitstellung**

- (1) Je Datenübertragung werden grundsätzlich zwei Dateien je Lieferung übertragen.
  - a) Auftragsdatei (Datenbegleitinformation); nicht verschlüsselt
  - b) Datei mit den zu übertragenden Daten; verschlüsselt
- (2) Die Auftragsdatei hat den identischen Namen wie die Datendatei mit der Dateierweiterung „.AUF“. Der Aufbau und das Format der Auftragsdatei sind in den Richtlinien für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen definiert.

#### **§ 5**

##### **Datenschutz**

- (1) Die Datenverarbeitung der Beteiligten (KV Sachsen bzw. der jeweiligen Krankenkasse) erfolgt in deren jeweiligen Verantwortungs- und Wirkungsbereichen aufgrund und unter Beachtung der einschlägigen gesetzlichen bzw. vertraglichen Bestimmungen und Befugnisse. Die Beteiligten haben jeweils die für sie einschlägigen und vertraglichen Datenschutzbestimmungen, insbesondere der EU-DSGVO, des SGB, des Landesdatenschutzgesetzes, des BDSG sowie der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Verträge in der jeweils geltenden Fassung, in ihrem Wirk- und Verantwortungsbereich jederzeit zu gewährleisten und einzuhalten. Der Beteiligte ist insoweit in seinem Wirk- und Verantwortungsbereich eigenständiger Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Nr. 7 EU-DSGVO. Eine gemeinsame Verarbeitung findet nicht statt, insbesondere erfolgt die Datenverarbeitung und Übermittlung im Rahmen der Abrechnung auf Basis der gesetzlichen Regelungen (§ 294, § 295 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V).
- (2) Die Beteiligten haben, jeder für sich, den Schutz der personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten und Sozialdaten, gegenüber den Betroffenen sicherzustellen und zu gewährleisten. Sozialdaten dürfen nur im Rahmen der gesetzlichen und vertraglichen Verarbeitungsbefugnisse und Verarbeitungszwecke erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Es gelten jeweils die gesetzlichen oder sonst zulässigen Verarbeitungs- oder Übermittlungsbefugnisse der Beteiligten aufgrund der einschlägigen gesetzlichen Vorschriften. Die Beteiligten stellen in ihrem Wirk- und Verantwortungsbereich sicher, dass ihre Mitarbeiter zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten schriftlich verpflichtet wurden und der Datenschutz eingehalten wird.
- (3) Die Beteiligten sind jeweils verpflichtet den Betroffenenrechten und Auskunftspflichten gegenüber der betroffenen Person gemäß EU-DSGVO hinsichtlich ihres Wirk- und Verantwortungsbereiches nachzukommen.

- (4) Die Beteiligten haben jeweils die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit unter Berücksichtigung des Stands der Technik gem. Art. 32 EU-DSGVO, insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO, herzustellen und einzuhalten.

## **§ 6 Inkrafttreten**

Diese Anlage befindet sich in einem stetigen Weiterentwicklungs- und Anpassungsprozess. Aus diesem Grund wird zu jedem Sachverhalt in Anhang 1 einzeln dargelegt, über welchen Zeitraum sich ggf. ein Testverfahren erstreckt und ab welchem Zeitpunkt die Neuregelung der Datenübertragung ausschließlich für den jeweiligen Sachverhalt gilt. Bis zu dieser Regelung erfolgt die Bereitstellung der Rechnungsunterlage in der bisher übermittelten Form.

## **§ 7 Übergangsregelung für das Jahr 2025**

Abweichend von §§ 1 und 2 kann für die Testphase im Jahr 2025 auch noch das PULL-Verfahren angewendet werden, solange dies von der jeweiligen Krankenkassenart noch für erforderlich gehalten wird. Mit dem PULL-Verfahren stellt der Absender der Daten (z. B. KV Sachsen) die Daten auf seinem eigenen sFTP-Server zur Abholung durch den Datenempfänger (z. B. Krankenkasse) bereit. Dieser Datenempfänger nutzt zur Bereitstellung von Daten in umgekehrter Richtung, z. B. an die KV Sachsen, den Server der KV Sachsen. Bei der Anwendung des PULL-Verfahrens kann abweichend die 7-Zip-Verschlüsselung angewandt werden.

Ob und für welchen Zeitraum von der Übergangsregelung Gebrauch gemacht wird, teilt der jeweilige Landesverband der Kassenart der KV Sachsen mit.



## Anhang 1 zur Anlage 4

Sachverhalt	Sachverhalts-Nr.	Rechtsgrundlage	Dateiformat	Elektronische Signatur	Zeitraum Testverfahren	Alleinige Datenübertragung/Datenbereitstellung via sFTP-Server ab
Abschlagsermittlung	1a	AOK: Teil 4 MGV-Vb. IKK: Teil 4 MGV-Vb. KBS: § 8 Abs. 2 Gesamtvertrag nach § 83 SGB V EKs: Teil 4 MGV-Vb. BKK: Teil 4 MGV-Vb. SVLFG: Teil 4 MGV-Vb.	csv-Datei	Nicht erforderlich	20251 bis 20254	
Abschlagszahlung (Rechnungsbrief und Anlage)	1b	AOK: Teil 4 MGV-Vb. IKK: Teil 4 MGV-Vb. KBS: § 8 Abs. 2 Gesamtvertrag nach § 83 SGB V EKs: Teil 4 MGV-Vb. BKK: Teil 4 MGV-Vb. SVLFG: Teil 4 MGV-Vb.	pdf-Datei		20251 bis 20254	
Restzahlung (Rechnungsbrief, Lieferschein)	2	Analog wie Abschlagszahlung	pdf-Datei		20251 bis 20254	
Gutschrifts- bzw. Lastschriftanzeigen i. Z. m. - Vorquartalsberichtigungen (manuelle Buchungen zu separaten KV-Bescheiden je BSNR – Vorgang 001),	3		csv-Dateien		4 Quartale beginnend ab ...	

- Plausibilitätsprüfungen - Korrekturen KV von KV festgestellt						
Vorquartalsberichtigungen (Abrechnung Kostenträger maschinelle KV-Buchungen – Vorgang 001)	4		csv-Dateien		4 Quartale beginnend ab ...	
Aufstellung Gutschriften Datenlieferung (Plausibilitätsprüfungen) Anträge von Krankenkassen	5	§ 106 d Abs. 3 und 4 SGB V				
Förderungswürdige Leistungen (Abrechnungs- und Evaluationsdaten)	6	MGV-Vb. Anlagen zu Teil 2 und Anhänge zu Teil 2 Anlage 1	csv-Dateien	Nicht erforderlich	1 Quartal (.../20xx)	... Quartal 20xx
Förderung Strukturfonds (FBL 3: bundeseinheitlicher Vorgang 026 in KA 400 sowie Datenlieferungen)	7	§ 105 Abs. 1a SGB V	csv-Dateien		1 Quartal (.../20xx)	... Quartal 20xx
Förderung Landesauschuss (FBL 3: regionale Vorgangsnummern in KA 400 sowie Datenlieferungen)	8	§ 105 Abs. 4 SGB V	csv-Dateien		1 Quartal (.../20xx)	... Quartal 20xx
Sachkostenrechnungen	9	Regionale Vereinbarungen; § 44 BMV-Ä	csv-Dateien		4 Quartale beginnend ab ...	
Kostenrechnung AOK zur Datenlieferung	10	Anlage 13 Gesamtvertrag AOK	csv-Dateien			

**Anhang 1.1 zur Anlage 4 – Datensatzbeschreibung zu Sachverhalts-Nr. 1a** (Abschlagsermittlung)

Feld-/Spaltenbezeichnung	Feldinhalt	Wert für 2025
KT_GRP	Kostenträgergruppe	
VJQ	Vorjahresquartal des Quartals der Abschlagsermittlung	
VSQ	Letzt verfügbares Quartal der SA ANZVER87a Zwei zurückliegende Quartale ausgehend vom aktuellen Quartal	Vereinbart gemäß MGV-Vereinbarung
MVR	Morbiditätsveränderungsrate in Prozent	Vereinbart: 0,3003%
MGV_OW	Steigerung des Orientierungswertes für die Weiterentwicklung der MGV des aktuellen Jahres (ermittelt aus OW aktuell geteilt durch OW des Vorjahrs) in Prozent	Vereinbart: 3,85%
MGV_Abschlag	Höhe des nach Teil 4 vereinbarten prozentualen Abschlags für die monatliche MGV-Abschlagszahlung in Prozent	Vereinbart gemäß Teil 4 je Krankenkassenverband
EGV_Abschlag	Höhe des nach Teil 4 vereinbarten prozentualen Abschlags für die monatliche EGV-Abschlagszahlung in Prozent	Vereinbart gemäß Teil 4 je Krankenkassenverband
KT	Kostenträger gemäß VKNR	
KT_NAME	Name der Krankenkasse	
MGV_VJQ	Höhe der im Vorjahresquartal basiswirksamen MGV gemäß Vorgang 089 des Formblatts 3 (Summen-FBL Lieferung 01) in EUR	
EGV2_VJQ	Höhe der im Vorjahresquartal gezahlten EGV lt. Kurzübersicht Formblatt 3 (Summen-FBL Lieferung 01) in EUR	
EGV4_VJQ	Höhe der im Vorjahresquartal gezahlten Vergütungen für Versorgungsverträge lt. Kurzübersicht Formblatt 3 (Summen-BL Lieferung 01) in EUR	
EGV_VJQ	Summe aus EGV2_VJQ und EGV4_VJQ in EUR	
VERS_VJQ	Anzahl Versicherte im Vorjahresquartal nach Vorgang 092 Formblatt 3 (Summen-FBL Lieferung 01)	
VERS_VSQ	Anzahl Versicherte zwei Quartale zurückliegend vom aktuellen Quartal nach SA ANZVER87a ohne Betreute mit Kennzeichen „9“, sofern dies vereinbart wurde.	
MGV_AEND	Auf das aktuelle Quartal angepasste MGV, weiterentwickelt um die MVR, die OW-Entwicklung und die Versichertenentwicklung VJQ zu VSQ in EUR	Vereinbart gemäß MGV-Vereinbarung
MGV	Monatlicher Abschlag für die MGV in EUR	
EGV_AEND	EGV VJQ, weiterentwickelt um die Versichertenentwicklung VJQ zu VSQ in EUR	Vereinbart gemäß MGV-Vereinbarung

EGV	Monatlicher Abschlag für die EGV in EUR	
ABSCHLAG	Rechnerische Summe des monatlichen Abschlags für die MGV und die EGV in EUR	
ABSCHLAG_RUND	Auf volle 100 EUR gerundeter Abschlag in EUR entspricht der Abforderung pro Monat durch die KV Sachsen	

Im Unterschriftenverfahren

## Teil 5

### Festlegungen zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs für Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

#### Präambel

Aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V ist ein Verfahren zur basiswirksamen Bereinigung des Behandlungsbedarfs erforderlich. Hierbei gelten – so weit in dieser Vereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist – die Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses (BA-Beschluss) gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V in seiner 419. Sitzung (ASV-Bereinigungs-Rahmenbeschluss), in seiner 420. Sitzung (Verfahrensvorgabenbeschluss in der schriftlichen Beschlussfassung) und in seiner 421. Sitzung (ASV-Datenbeschluss in der schriftlichen Beschlussfassung) einschließlich entsprechender Folgebeschlüsse. Sofern Anpassungen der maßgeblichen Beschlüsse vorliegen, werden diese in der MGV-Vereinbarung berücksichtigt.

#### § 1 Begriffsdefinitionen

- (1) **Das Signalquartal** ist das Quartal, in dem erstmals eine regionalisierte und indikationsspezifische Datenlieferung gemäß Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 421. Sitzung i. V. m. seiner 640. Sitzung erfolgt ist und mindestens drei ambulant spezialfachärztlich behandelte Patienten für dasselbe Bereinigungsquartal mit Wohnort in der KV Sachsen (tatsächliche ASV-Patientenzahl) gemeldet wurden.
- (2) **Das Leistungsquartal** ist das Quartal, in dem die ASV-Leistungen erbracht werden.
- (3) **Das Abrechnungsquartal** ist das Quartal, für das Leistungen aus einem Leistungsquartal bei den Kassen abgerechnet werden. Erfolgt für eine Abrechnung bis zum 15. des dritten Monats nach dem Leistungsquartal die Zahlungsfreigabe durch die Kasse, entspricht das Abrechnungsquartal dem Leistungsquartal. Bei späterer Zahlungsfreigabe wird das Abrechnungsquartal für jeden folgenden Dreimonatszeitraum nach diesem Termin um ein Quartal erhöht (zum Beispiel: Zahlung der Abrechnung vom 16. September bis 15. Dezember eines Jahres – Zuordnung zum Abrechnungsquartal 3 eines Jahres usw.).
- (4) **Das Bereinigungsquartal** ist das Quartal, für das die Bereinigung durchgeführt wird, beginnend mit dem auf das Signalquartal folgenden Quartal
  - für einen Zeitraum von vier Jahren, wenn es **keine** indikationsspezifische Entsprechung nach § 116b SGB V (alt) gab oder
  - für einen Zeitraum von drei Jahren, jedoch mindestens bis zum Ablauf von fünf vollen Jahren nach Inkrafttreten des entsprechenden GBA-ASV-Richtlinienbeschlusses, wenn es **eine** indikationsspezifische Entsprechung nach § 116b SGB V (alt) gab.

## **§ 2 Grundsätze**

- (1) Es werden nur Leistungen für Versicherte mit Wohnsitz in Sachsen bereinigt.
- (2) Die Bereinigung erfolgt KV- und indikationsspezifisch, ggf. getrennt nach Subspezialisierungen.
- (3) Die Bereinigung erfolgt jeweils für ein Abrechnungsquartal basiswirksam in Höhe der gegenüber dem Vorjahresquartal festzustellenden Differenzbereinigungsmenge.
- (4) Doppelbereinigungen aufgrund eventueller Überschneidungen der Bereinigung wegen ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung mit anderen im SGB V genannten Bereinigungsanlässen sind ausgeschlossen.
- (5) Die Krankenkassen stellen sicher, dass ein ASV-Patient je Leistungsquartal und je Indikation nur einmal auf Basis der ersten bei den Krankenkassen dafür eingehenden Abrechnung bereinigt wird, dies unabhängig davon, von wie vielen weiteren Mitgliedern des ASV-Teams zu späteren Zeitpunkten Abrechnungen bei den Krankenkassen für die ASV-Leistungserbringung bei diesem Patienten im betreffenden Quartal eingehen sollten.

## **§ 3 Beginn und Ende der ASV-Bereinigung**

- (1) Die ASV-Bereinigung beginnt indikations- und KV-spezifisch mit dem Folgequartal des Signalquartals.
- (2) Die Bereinigung erfolgt quartalsweise als basiswirksame Differenzbereinigung, je nach den in § 1 Abs. 4 definierten Zeiträumen.

## **§ 4 Ermittlung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahl**

- (1) Grundlage sind
  - a) die regionalisierte und indikationsspezifische – ggf. getrennt nach Subspezialisierung – Datenlieferung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 421. Sitzung, Teil A (ANZASV116b\_SUM), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung  

Sofern es eine indikationsspezifische Entsprechung nach § 116b SGB V (alt) gab und der Bereinigungszeitraum über das vierte Bereinigungsjahr hinausreicht, sind hiervon abweichend für Bereinigungsquartale nach dem jeweils vierten Bereinigungsjahr die Werte der entsprechenden Kalenderquartale bis zum Ablauf des fünften vollen Jahres nach Inkrafttreten des entsprechenden G-BA-ASV-Richtlinienbeschlusses als Ausgangsbasis zu verwenden.
  - b) der vom Bewertungsausschuss beschlossene KV- und indikationsspezifische Patientenzahl-Höchstwert,

- c) die Datenlieferung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 421. Sitzung, Teil B (historische Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten – ANZ116bALT\_SUM) sowie
  - d) der vom Bewertungsausschuss beschlossene indikationsspezifische Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ÁSV-Patienten.
- (2) Die tatsächlich zu bereinigende Zahl der ASV-Patienten mit Wohnort in Sachsen wird gemäß den Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung Punkte 5.2 und 5.3 i. V. m. Technischer Anhang 1, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 700. Sitzung indikationsspezifisch ermittelt.

## **§ 5**

### **Ermittlung des regionalen ASV-Bereinigungsfallwertes im Bereinigungsquartal**

- (1) Grundlage bildet der vom Bewertungsausschuss je ASV-Indikation festgelegte KV-spezifische ASV-Fallwert in Punkten. Falls die regional vereinbarte Abgrenzung der MGV in der vom Institut des Bewertungsausschusses verwendeten Datengrundlage im Zeitverlauf von der zur Berechnung verwendeten Abgrenzung der MGV abweicht, verständigen sich die Vertragspartner über eine ggf. notwendige Anpassung des vom Bewertungsausschuss beschlossenen ASV-Fallwertes (Anlage). In diesem Fall übergibt die KV Sachsen den LVSK die Berechnung zur Ermittlung des abweichenden ASV-Fallwertes in Punkten zur Prüfung.
- (2) Die ASV-Fallwerte in Punkten gemäß Absatz 1 werden durch Anwendung der jeweiligen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie der basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses, bezogen auf den Zeitraum zwischen dem vom Institut des Bewertungsausschusses bei der Berechnung verwendeten Datenjahr der Geburtstagsstichprobe und dem Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals, fortentwickelt.
- (3) Das ungerundete Ergebnis nach Absatz 2 ergibt den regionalen ASV-Bereinigungsfallwert im Bereinigungsquartal in Punkten (auf eine Nachkommastelle kaufmännisch gerundet).

## § 6

### **Ermittlung der ASV-Bereinigungsmengen und der ASV-Differenzbereinigungsmengen**

- (1) Die Bestimmung der indikationsspezifischen ASV-Differenzbereinigungsmengen erfolgt gemeinsam und einheitlich bis zum 15. des vierten Monats nach dem jeweiligen Bereinigungsquartal.
- (2) Quotierte indikationsspezifische ASV-Bereinigungsmengen im Bereinigungsquartal
  - a) Je ASV-Indikation wird die bereinigungsrelevante ASV-Patientenzahl gemäß § 4 mit dem regionalen ASV-Bereinigungsfallwert im Bereinigungsquartal in Punkten gemäß § 5 multipliziert.
  - b) Das ungerundete Ergebnis nach a) wird mit dem Verhältnis des für den Bezirk der KV Sachsen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals insgesamt vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs in Punkten zum für das Vorjahresquartal im Bezirk der KV Sachsen insgesamt festgestellten Leistungsbedarf nach EUR-Gebührenordnung, umgerechnet in Punkte durch Division mit dem im Vorjahresquartal gültigen regionalen Punktwert, jeweils unter Berücksichtigung der KV-spezifischen MGV-Abgrenzung des Bereinigungsquartals (ohne kassenseitige Prüfanträge) multipliziert und auf vier Nachkommastellen kaufmännisch gerundet.
- (3) Fortentwickelte quotierte indikationsspezifische ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals
  - a) Basis sind die im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals gemäß Absatz 2 bestimmten quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen.
  - b) Diese werden um die jeweiligen Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie die basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses, bezogen auf den Zeitraum zwischen dem Vorvorjahresquartal und dem Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals fortgeschrieben (auf eine Nachkommastelle kaufmännisch gerundet).
  - c) Kommen nach Ablauf des ersten Bereinigungsjahres in einem Bereinigungsquartal für Änderungen der Abgrenzung der MGV gegenüber dem Vorjahresquartal angepasste ASV-Fallwerte zur Anwendung, die vom Bewertungsausschuss beschlossen wurden oder von den Vertragspartnern einvernehmlich vereinbart wurden, ist diese Aktualisierung auch in den quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals zu berücksichtigen.

Dafür werden die quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals zusätzlich

- im Falle von Anpassungen durch den Bewertungsausschuss mit dem in diesen Fällen in der jeweiligen Anlage zum Beschluss zusammen mit dem Anwendungszeitraum aufgeführten MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor multipliziert (wird kein MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor ausgewiesen bzw. liegt das Bereinigungsquartal außerhalb des vorgegebenen Anwendungszeitraums, ist ein MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor von 1,0 zu verwenden) sowie



- für Anpassungen über die sich die regionalen Gesamtvertragspartner verständigt haben, zusätzlich mit dem Quotienten aus
  - i. dem Quotienten des im Bereinigungsquartal tatsächlich verwendeten ASV-Fallwerts und dem für das Bereinigungsquartal vom Bewertungsausschuss nach der im Bereinigungsquartal geltenden indikationsspezifischen Anlage Nr. 3 vorgegebenen ASV-Fallwert und
  - ii. dem Quotienten des im Vorjahresquartal tatsächlich verwendeten ASV-Fallwerts und dem für das Vorjahresquartal vom Bewertungsausschuss nach der im Vorjahresquartal geltenden indikationsspezifischen Anlage Nr. 3 vorgegebenen ASV-Fallwertmultipliziert. Bei der Quotientenbildung nach ii. sind abweichend anstelle der Werte des Vorjahresquartals die Werte des Bereinigungsquartals zu verwenden, wenn im Vorjahresquartal noch keine Bereinigung durchgeführt wurde.

Auf diese Weise erhalten die Gesamtvertragspartner, die unter Berücksichtigung einer ggf. geänderten MGV-Abgrenzung fortentwickelten, quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals.

- d) Wurde im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals kein Wert gemäß Absatz 2 bestimmt, so sind die fortentwickelten quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals gleich Null.
- (4) ASV-Differenzbereinigungsmengen
- a) Von den indikationsspezifischen quotierten ASV-Bereinigungsmengen gemäß Absatz 2 werden die fortentwickelten indikationsspezifischen quotierten ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals gemäß Absatz 3 abgezogen.
- (5) Die Bestimmung der indikationsspezifischen ASV-Differenzbereinigungsmenge erfolgt mittels Excel-Rechenschema analog Technischem Anhang 1 zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 700. Sitzung, ergänzt um die Datumsangabe der Ermittlung unter Berücksichtigung der geänderten indikationsspezifischen Werte gemäß dem 684. sowie dem 700. Beschluss des Bewertungsausschusses. Es erfolgen keine nachträglichen Neuberechnungen auf Grund von Änderungen der Werte der abgestimmten Quoten nach § 6 Abs. 2b) und 3b).
- (6) Es wird quartalsweise die indikationsübergreifende Differenzbereinigungssumme als Summe der indikationsspezifischen Differenzbereinigungsmengen gebildet. Die indikationsspezifischen Differenzbereinigungsmengen wie auch die Summe aller Differenzbereinigungsmengen können positiv (Abzug von der MGV) oder negativ (Abzug von der MGV mit negativem Vorzeichen (Erhöhung)) sein.

## **§ 7 Differenzbereinigung**

Die basiswirksame Bereinigung erfolgt spätestens bis zum 15. des vierten Monats nach dem Bereinigungsquartal in Schritt 1 des Berechnungsschemas für die Ermittlung des Behandlungsbedarfs durch Abzug der für das aktuelle Quartal für alle zu berücksichtigenden Indikationen insgesamt nach § 6 Abs. 6 bestimmten indikationsübergreifenden Differenzbereinigungssumme in Punkten vom vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals.

## **§ 8 Datenlieferungen der Krankenkasse**

Die Krankenkassen liefern die Satzart ANZASV116b\_LANR quartalsweise für jede spezialfachärztliche Indikation jeweils beginnend mit dem Folgequartal des Signalquartals bis zum Ende des dritten auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats an die KV Sachsen. Die Datenübermittlung zwischen der Krankenkasse und der KV Sachsen erfolgt per sFTP-Server.

**Anlage: Bereinigungsübersicht je ASV-Indikation**

ASV-Indikation <sup>2</sup>	Erkrankungs- und Leistungsbe-reichs-schlüssel	Inkraft-treten der In-dikation	1. Quar-tal nach Inkraft-treten	Indikati-onsspe-zifische Entspre-chung § 116b SGB V (alt) Ja/Nein*	Mindestbe-reinigungs-zeitraum	Gesamte Berei-nigungsquartale (Quartale 1 – 16 nach der ersten Abrechnung bzw. bis mind. 1/2024	KV-spezi-fischer Höchst-wert der vertrags-ärztlich behandel-ten Pati-enten	Fallwert in Punkten gemäß BA-Beschluss	Um-rech-nungs-faktor für Pati-enten-zahl alt	MGV-Abgren-zungs-Anpas-sungs-faktor ab 3/2023
Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	2A0100	24.04.2014	3/2014	Ja	Bis 1/2024	3/2017 – 1/2024	110	875 ab 2/2023: 1.097	1	1
Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle	1A0100	26.07.2014	4/2014	Ja	Bis 1/2024	4/2015 – 1/2024	4.653	2.466 ab 2/2023: 2.709	0,92	1
Marfan Syndrom	2K0100	30.06.2015	3/2015	Ja	Bis 1/2024	1/2019 – 1/2024	180	967 ab 2/2023: 1.836	1	1
Pulmonale Hypertonie	2L0100	01.06.2016	3/2016	Ja	Bis 1/2024	1/2019 – 1/2024	127	778 ab 2/2023: 1.039	1	1
Gynäkologische Tumore	1A0200 1A0201 1A0202	10.08.2016	4/2016	Ja	Bis 1/2024	3/2018 – 1/2024	7.169	1.699 ab 2/2023: 1.959	0,93	1
Mukoviszidose	2B0100	18.03.2017	2/2017	Ja	Bis 1/2024	4/2019 – 1/2024	351	1.099 ab 2/2023: 1.320	1	1
Urologische Tumore	1A0300	26.04.2018	3/2018	Ja	Bis 1/2024	1/2020 – 1/2024	11.449	614 ab 2/2023: 933	0,71	1
Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene	1B0100	19.04.2018	3/2018	Ja	Bis 1/2024	3/2019 – 1/2024	48.275	350 ab 2/2023: 674	1	1
Rheumatologische Erkrankungen Kinder/Jugendliche	1B0101	19.04.2018	3/2018	Ja	Bis 1/2024	1/2021 – 1/2024	677	380 ab 2/2023: 602	1	1

<sup>2</sup> gemäß Anlage 1.1 a ff. des 420. Beschlusses, 467. Beschluss, zuletzt geändert durch 700. BA-Beschluss

<sup>2</sup> **indikationsspezifische Entsprechung** Ja – Mindestbereinigungszeitraum: mind. 3 Jahre, mind. bis 1/2024, mind. 5 volle Jahre nach GBA-RL-Beschluss

Nein – Mindestbereinigungszeitraum: mind. 4 Jahre, mind. bis 1/2024

Morbus Wilson	2H0100	12.06.2018	3/2018	Ja	3 Jahre	1/2023 – 4/2025	37	748 ab 3/2023: 999	1	1
Seltene Lebererkrankungen	2O0100	16.08.2018	4/2018	Ja	3 Jahre	2/2022 – 1/2025	747	303 ab 2/2023: 509	1	1
Hauttumore	1A0400	11.05.2019	3/2019	Ja	5 volle Jahre nach GBA-RL	4/2020 – 2/2024	345	1.999 ab 3/2023: 2.635	0,93	1,011
Hämophilie	2C0100	04.07.2019	4/2019	Ja	5 volle Jahre nach GBA-RL	1/2021 – 3/2024	484	1.840 ab 3/2023: 2.022	1	1
Tumore der Lunge und des Thorax	1A0500	07.04.2020	3/2020	Ja	5 volle Jahre nach GBA-RL	3/2021 – 2/2025	1.321	2.756 ab 3/2023: 3.253	0,80	1,053
Schwerwiegende immunologische Erkrankungen: 1. Sarkoidose	2E0100	07.04.2020	3/2020	Nein	4 Jahre	4/2021 – 3/2025	1.765	360 ab 3/2023: 804	keiner	1
Kopf- und Halstumore	1A0600	06.05.2021	3/2021	Ja	3 Jahre	3/2023 – 2/2026	558	1.608 ab 3/2023: 1.893	0,34	1
Neuromuskuläre Erkrankungen	2D0100	06.05.2021	3/2021	Ja	3 Jahre	3/2023 – 2/2026	3.664	488 ab 3/2023: 769	1	1
Tumore des Gehirns und der peripheren Nerven	1A0700	27.04.2022	3/2022	Ja			335	2.134 ab 3/2023: 2.610	1	1,046
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	1J0100	30.04.2022	3/2022	Nein	4 Jahre	4/2023 – 3/2027	9.149	334 ab 3/2023: 522	keiner	1
Knochen- und Weichteiltumore	1A0800	03.05.2023	3/2023	Ja			104	1.436 ab 3/2023: 1.698	0,94	1
Multiple Sklerose	1E0100	18.07.2023	4/2023	Ja			5.734	746	1	1
Tumore des Auges	1A0900	08.05.2024	3/2024	Ja			34	ab 3/2024: 1.281	1	1
Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)	1F0100	08.05.2024	3/2024	Ja			25.133	ab 3/2024: 630	1	1

## Teil 6

# Festlegungen zur Honorierung der kinderärztlichen Leistungen

### Präambel

Aufgrund der Regelungen in § 87a Abs. 3b SGB V und der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses in seiner 653. und 654. Sitzung ist ein Teil der MGV zu separieren. Dieser Anteil steht der Honorierung der kinderärztlichen Leistungen des Kapitels 4 EBM (außer GOPen 04003, 04004 und 04005) nach der Sächsischen Gebührenordnung zur Verfügung.

### § 1

#### Ermittlung des verfügbaren Honorarvolumens

- (1) Das ab 2024 fortgeschriebene Honorarvolumen, wird um die Entwicklung des Orientierungswertes von 2025, um die Morbiditätsveränderungsrate 2025, sowie um den Kassenwechsler-effekt 2025 angepasst. Werden kinderärztliche Leistungen des Kapitels 4 EBM in die MGV überführt, ist das Honorarvolumen gemäß den geltenden Beschlüssen anzupassen. Für 2025 wird das Honorarvolumen deshalb um die nach Teil 3, § 2 Buchstabe C Nr. 8 in die MGV überführten Leistungsmengen der GOPen 04528 und 04529 EBM erhöht. Eine Anpassungsverpflichtung gilt gleichermaßen für neu eingeführte MGV-Leistungen im Kapitel 4 EBM sowie für Bewertungsanpassungen von Leistungen des Kapitels 4 EBM. Sofern Leistungen des Kapitels 4 des EBM Gegenstand von Selektivverträgen oder von ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung nach § 116b SGB V sind, sind diese Leistungen im Honorarvolumen beschlusskonform zu bereinigen. Die jeweiligen Berechnungen werden im Rechenschema des Instituts des Bewertungsausschusses im Register „2024ff“ nachvollzogen und separat den LVSK übermittelt.
- (2) Die Nrn. 17, 21 ,30, 32 und 34 für das garantierte Zuschlagsvolumen werden nicht befüllt, da im Jahr 2022 keine Zuschläge auf kinderärztliche Leistungen aus der MGV honoriert wurden.
- (3) Da die MGV ab 2024 insgesamt gemäß Teil 3 weiterentwickelt wird, stellt das nach Abs. 1 und 2 angepasste Honorarvolumen für die kinderärztlichen Leistungen eine Davon-Größe der MGV dar.

### § 2

#### Ermittlung des Leistungsbedarfs je Quartal

- (1) Der ab dem 1. Quartal 2025 angefallene Leistungsbedarf nach Sächsischer Gebührenordnung wird quartalsweise aus den Satzarten D06/D07 wie folgt selektiert: Gesamtvertragszuständige KV „98“, die MGV-relevanten GOPen des Kapitels 4 EBM inkl. Suffix (außer 04003, 04004 und 04005), MGV-Kennzeichen „1“, NVA-Kennzeichen „0“, Leistungssegmentkennzeichen „RA“, TSVG-Kennzeichen „0“. Der selektierte Leistungsbedarf wird im Rechenschema des Instituts des Bewertungsausschusses in Nr. 35 für jedes Quartal ausgewiesen.
- (2) Das von der KV Sachsen befüllte Rechenschema des Instituts des Bewertungsausschusses wird als rechnungsbegründende Unterlage den LVSK im Excel-Format gesondert übersandt.

### **§ 3**

#### **Feststellung von Ausgleichszahlungen durch die Krankenkassen**

- (1) Ergibt die Saldierung im aktuellen Quartal der Nr. 33 abzüglich der Nr. 35 des Rechenschemas des Instituts des Bewertungsausschusses einen Negativbetrag, ist dieser durch die Krankenkassen auszugleichen.
- (2) Die Aufteilung der Ausgleichszahlungen auf die Krankenkassen erfolgt gemäß Anlage zum Zeitpunkt der Rechnungslegung.
- (3) Es werden gemäß dem 654. Beschluss des Bewertungsausschusses je Krankenkasse und für die GKV die Leistungsbedarfe der kinderärztlichen Leistungen für alle Leistungen des Kap. 4 EBM inkl. Suffixe des jeweils aktuellen Quartals außer den GOPen 04003, 04004 und 04005 ermittelt. Die jeweiligen kassenspezifischen Leistungsbedarfe werden ins Verhältnis zum GKV-Gesamtleistungsbedarf dieser Leistungen gesetzt, um den kassenspezifischen Anteil zu ermitteln.
- (4) Der auszugleichende GKV-Betrag nach Abs. 1 multipliziert mit dem kassenspezifischen Anteil nach Abs. 3 ergibt die jeweilige Ausgleichszahlung einer Krankenkasse.

### **§ 4**

#### **Zahlung von Zuschlägen**

- (1) Ergibt die Saldierung im aktuellen Quartal der Nr. 33 abzüglich der Nr. 35 des Rechenschemas des Instituts des Bewertungsausschusses einen Positivbetrag, ist dieses Volumen als Zuschlag an die Kinderärzte auszuzahlen. Diese Zahlung erfolgt quartalsversetzt frühestens im folgenden Abrechnungsquartal.
- (2) Es wird ein einheitlicher Zuschlag (Abrechnungsnummer 99420) auf die Versichertenpauschalen GOP 04001 und 04002 EBM für unter 18-Jährige mit Ausnahme von Versichertenpauschalen mit Buchstabenerweiterung E, I, L, M, N, O, P, und Q, die im Zusammenhang mit Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM stehen, ausgezahlt. Die Höhe des Zuschlages ergibt sich aus der Division der zur Verfügung stehenden verbliebenen Mittel nach Abs. 1 des aktuellen Quartals, geteilt durch die Anzahl der im folgenden Abrechnungsquartal der entsprechend abgerechneten Abrechnungsziffer 99420 für Versicherte mit Wohnort in Sachsen bei sächsischen Ärzten. Der Zuschlag wird auf volle Cent abgerundet. Bei Unterschreitung einer rechnerischen Zuschlagshöhe von 0,01 EUR je Abrechnungsziffer 99420 fließen die verbliebenen Finanzmittel nach Abs. 1 des aktuellen Quartals dem Verfahren des Folgequartals zu. Der Mittelübertrag kann ggf. mehrere Quartale umfassen.
- (3) Die Berechnung der Zuschlagshöhe erfolgt gemäß Anlage. Die KV Sachsen informiert die LVSK je Quartal über die konkrete Höhe des verfügbaren Finanzvolumens nach Abs. 1 und die Höhe des Zuschlags bzw., ob ein Mittelübertrag ins folgende Abrechnungsquartal stattfindet.

## **§ 5**

### **Abrechnungsverfahren der kinderärztlichen Leistungen**

- (1) Die kinderärztlichen Leistungen werden im Formblatt 3, gemäß Formblatt 3-Inhaltsbeschreibung bis zur Ebene 6 ausgewiesen.
- (2) Ausgleichszahlungen gemäß § 3 Abs. 4 werden quartalsgleich im Formblatt 3, Konto 400, Vorgang 24 mit Budgetkennung 2 ausgewiesen.
- (3) Nachgehende Verfahren der sachlich-rechnerischen Richtigstellung verändern die kassenseitige Rechnungslegung nicht, sofern in dem betroffenen Quartal keine Ausgleichszahlungen der Krankenkassen geleistet wurden. Sofern in dem betroffenen Quartal Ausgleichszahlungen geleistet wurden, werden die aus arztseitig resultierenden Rückforderungen/Nachzahlungen entstehenden Differenzbeträge im Formblatt 3 des jeweiligen Quartals verrechnet.

## **§ 6**

### **Spitzabrechnung**

Aufgrund der Verwendung der Satzarten D06 und D07 zur Ermittlung des Leistungsbedarfs nach § 2 erfolgt im Folgejahresquartal des jeweils abgerechneten Quartals eine Spitzabrechnung zum ermittelten Leistungsbedarf nach den Satzarten ARZTRG87aKA\_IK und \_SUM für das jeweilige Abrechnungsquartal. Die krankenkassenspezifischen Beträge, die infolge der Spitzabrechnung auszugleichen sind, werden von der KV Sachsen im Vorgang 024 im Formblatt 3 des Folgejahresquartals ausgewiesen und verrechnet. Die Rückerstattung von evtl. zu hoch abgeforderten Ausgleichszahlungen, erfolgt nach dem für das jeweilige aktuelle Quartal festgestellten Aufteilungsverfahren nach § 3 Abs. 3.

## Anlage

### Schema der Berechnungen für jedes Quartal 2025

#### Berechnung der Ausgleichszahlung – VKNR

Quartal	VKNR	Abgerechneter Leistungsbedarf	Anteil abgerechneter Leistungen	Nach Anteil aufgeteilte Ausgleichszahlung (Vorgang 024)	Zzgl. Spitzabrechnung für das Vorjahresquartal
					Positivbetrag = Nachforderung zur Ausgleichszahlung  Negativbetrag = Rückzahlung zur Ausgleichszahlung

#### Berechnung der Zuschläge - GKV

Quartal	Zur Verfügung stehende Mittel	Anzahl Häufigkeiten (sächsische Versicherte, sächsische Ärzte)	Wert je GOP 99420	Übertrag in Quartal



Dresden, den

---

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

Dresden, den

---

AOK PLUS, zugleich handelnd für die  
SVLFG als Landwirtschaftliche  
Krankenkasse

Dresden, den

---

BKK Landesverband Mitte  
Landesvertretung Sachsen

Dresden, den

---

IKK classic

Chemnitz, den

---

KNAPPSCHAFT,  
Regionaldirektion Chemnitz

Dresden, den

---

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Die Leiterin der Landesvertretung Sachsen