

**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.**  
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 die Jahre 2018 und 2019**

## Inhaltsverzeichnis

### Teil 1 **Allgemeine Grundsätze**

### Teil 2 **Festlegung der regionalen Punktwerte in Sachsen und der sächsischen Gebührenordnung (SGO)**

Anlage 1

**Grundsätze zur Vereinbarung zur Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen**

Anlage 2

**Zuschläge zur Grundpauschale für ausschließlich konservativ tätige Augenärzte**

Anlage 3

**Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen**

Anlage 4

**Zuschläge für die haus- und fachärztliche Grundversorgung**

Anlage 5

**Zuschläge für Nachtdialysen**

Anlage 6

**Zuschläge für Kinderneupatienten**

Anlage 7

**Zuschläge für Kinderneupatienten bei niedergelassenen Kinderendokrinologen**

Anlage 8

**Zuschläge zur Finanzierung der Bereitschaftspraxis Niesky**

Anlage 9

**Zuschläge für schmerztherapeutische Leistungen**

Anlage 10

**Zuschläge zum Neupatientenmodell und den hausärztlichen Vorhaltepauschalen**

Anlage 11

**Zuschläge für eine bessere Erreichbarkeit der ärztlichen Praxen für die Patienten**

Anlage 12

**Zuschläge für Wegepauschalen im Bereitschaftsdienst**

**Teil 3 Festlegung der Gesamtvergütungen in Sachsen**

Anlage 1

**Berechnungsschema für die Ermittlung des vereinbarten Behandlungsbedarfs der Quartale für die Jahre 2018 bis 2020**

Anlage 2

**Außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütete Leistungen**

Anlage 3 a

**Wegepauschalen**

Anlage 3 b

**Durchführungsvorschriften zur Gewährung des Fahrdienstzuschlags**

Anlage 3 c

**Kennzeichnung der Fahrdienste**

**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 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. An Stelle 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

Gesetzliche Änderungen/Ergänzungen sowie die Beschlüsse/Empfehlungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Gesamtvergütung sind Grundlagen dieser Vereinbarung und 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 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 ergibt. 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 sowie 5 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 die Jahre 2018 und 2019. Die über den 31. Dezember 2019 hinaus getroffenen Regelungen in dieser Vereinbarung werden unverändert in die Folgevereinbarungen ab dem Jahr 2020 übernommen. Darüber hinaus gelten die mit Eckpunktepapier vom 28. März 2018 getroffenen Vereinbarungen auch für das Jahr 2020 und werden Bestandteil der MGV-Vereinbarung des Jahres 2020.

## Teil 2

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

#### **§ 1**

#### **Festlegung der regionalen Punktwerte (RPW) in Sachsen**

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

Er beträgt mit Wirkung vom 1. Januar 2018 bis 31. Dezember 2018

**10,6543 Cent.**

Er beträgt mit Wirkung vom 1. Januar 2019 bis 31. Dezember 2019

**10,8226 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 EURO bewertete Leistungen (Gebührenordnungspositionen (GOPen)) des EBM gilt in der SGO der im EBM definierte Preis.

#### **§ 3**

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

Die Partner der Gesamtverträge vereinbaren zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten die Förderung einzelner Leistungen - sofern diese nicht im organisierten Bereitschaftsdienst und bei der Notfallbehandlung erbracht werden - durch eine Vergütung von Zuschlägen nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V und den Vorgaben des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung als Anlagen 1 bis 12 zu Teil 2 dieser Vereinbarung, um den sächsischen Versorgungsengpässen entgegenzuwirken. Insbesondere soll den Versicherten ein zeitnaher Zugang zur ärztlichen Behandlung gewährleistet werden, um Manifestationen der Beschwerden und Chronifizierungen zu vermeiden.

#### **§ 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.

#### **§ 5**

#### **Sonstige Festlegungen**

- (1) Die SGO wird gemäß § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V durch die KV Sachsen erstellt und veröffentlicht.

- (2) Für den Fall, dass die in den Anlagen zu Teil 2 geregelten förderungswürdigen Leistungen, für welche die Vertragspartner i. S. d. § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V Zuschläge entsprechend den Kriterien des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung zahlen, neue EBM-Leistungen werden oder außerhalb der MGV vergütet werden, werden die für die entsprechenden förderungswürdigen Leistungen aufgewendeten Mittel festgestellt. Über die zukünftige Verwendung dieser Mittel verständigen sich die Vertragspartner einvernehmlich.
- (3) Im Falle der außerbudgetären Vergütung der genannten Leistungen entfällt die Förderung der entsprechenden Leistungen.

## 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 i. S. d. § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V die Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen entsprechend den Kriterien des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung.

##### § 1

#### Kriterien aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung

Die Gesamtvertragspartner können gemeinsam und einheitlich die Förderung einzelner Leistungen 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 Ergebnisqualität der Behandlungserfolg gesteigert wird. Jede Anlage hat darzulegen, in welcher Weise Mängel in der Versorgung bestehen und inwieweit durch die Förderung der Leistungen eine Verbesserung der Ergebnisqualität bewirkt werden kann.

##### § 2

#### Abforderung, Förderung und Verteilung

- (1) Die MGV enthält seit dem Jahr 2016 als zweckgerichteten Teil der MGV ein Fördervolumen in Höhe von 9,54 Mio. EURO. Dieser zweckgerichtete Teil der MGV wird entsprechend der Steigerung der MGV ab 2017 fortentwickelt.

Zusätzlich zu Satz 1 finanzieren die Krankenkassen ab dem Jahr 2018 aus EGV-Mitteln ein Finanzvolumen in Höhe von 0,4 Mio. EURO je Vertragsjahr über das Jahr 2019 hinaus zur vorangigen Förderung der Anlage 3 zu Teil 2. Die Mittel nehmen ab dem Jahr 2019 an der MGV-Steigerung teil.

Die Verwendung des Fördervolumens je Quartal richtet sich nach den vereinbarten Fördermaßnahmen und Förderzeiträumen für die **Anlagen 2, 3 und 4**.

Aus dem Fördervolumen werden vorrangig die Leistungen der **Anlagen 2 und 3** im jeweiligen Quartal honoriert.

Sollten nach Honorierung dieser Leistungen noch Restmittel verbleiben, werden diese zur Honorierung der Leistungen der **Anlage 4** zugeführt.

- (2) Zusätzlich finanzieren die Krankenkassen aus EGV-Mitteln die Förderungen der Nachtdialyse (**Anlage 5**), der Kinderneupatienten (**Anlage 6**), der Kinderneupatienten bei Kinderendokrinologen (**Anlage 7**) und der Bereitschaftspraxis Niesky (**Anlage 8**) sowie die Zuschläge zur Förderung der Wegepauschalen im Bereitschaftsdienst (**Anlage 12, §§ 2 und 3**). Die Förderung der Wegepauschalen im Bereitschaftsdienst (Anlage 12, §§ 2 und 3) erfolgt unter Beachtung der Höchstgrenzen von

2018:	1,3 Mio. EURO
2019:	1,4 Mio. EURO

entsprechend der vereinbarten Höhe der Zuschläge und der Inanspruchnahme der Versicherten.

- (3) Zur Vergütung der Schmerztherapie (**Anlage 9**) wird ein Finanzvolumen aus zusätzlichen finanziellen Mitteln der Krankenkassen als EGV-Mittel in Höhe von 3,9 Mio. EURO und aus Honorarverteilungsmitteln der KV Sachsen je Jahr bereitgestellt.
- (4) Zusätzlich zu der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung stellen die gesetzlichen Krankenkassen EGV-Mittel in Höhe von 6,23 Mio. EURO je Vertragsjahr zur Verfügung.
  - a) Die auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Mittel (50 %) sind zweckgebunden für die Vergütung des Modells der KV Sachsen zur Behandlung von Neupatienten im Facharztbereich (**Anlage 10**) einzusetzen.

Seitens der KV Sachsen wird ein Zuschlag mindestens in Höhe des Anteils dieser Mittel des fachärztlichen Versorgungsbereiches aus der MGV eingesetzt.

Diese Mittel werden je Vertragsjahr um zusätzliche 0,29 Mio. EURO (EGV) zur Mitfinanzierung der Verdopplung der Mittel für Neupatientenzuschläge von Augenärzten laut § 5 Abs. 3 b) Nr. 1 HVM ab 1. Juli 2018 erhöht.

- b) Die auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Mittel (50 %) sind zweckgebunden für die Erhöhung der Vorhaltepauschalen (GOP 03040 bzw. 04040 EBM) einzusetzen und werden den Mitteln in **Anlage 4** zugeführt.
- (5) Pro Jahr werden zusätzliche zweckgebundene EGV-Mittel in Höhe von 4 Mio. EURO durch die Krankenkassen der KV Sachsen als dauerhafter Förderfonds zur Verfügung gestellt. Diese Mittel werden entsprechend der Steigerung der MGV ab 2018 fortentwickelt.

Die Mittel werden hälftig auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich aufgeteilt. Im Facharztbereich werden mit diesen Mitteln die festgesetzten Zuschläge für das Neupatientenmodell gestützt. Verbleibende Mittel werden für ein Vergütungsmodell verwendet, welches die Erreichbarkeit der Praxen für Patienten verbessert (**Anlage 11**).

- (6) Für die Bereitschaftsdienstreform der KV Sachsen werden die Krankenkassen mit Versicherten mit Wohnort in Sachsen zur Mitfinanzierung insbesondere des Fahrdienstes außerhalb der MGV folgende Beträge zur Verfügung stellen:

Jahr 2018:	3 Mio. EURO
Jahr 2019:	3 Mio. EURO

- (7) Förderungswürdig sind auch ermächtigte Ärzte, sofern die geförderte Leistung im Ermächtigungsumfang enthalten ist.

### § 3

#### **Aufteilung / Ausweis im Formblatt 3 / Statistik**

- (1) Das Fördervolumen aus § 2 Abs. 1 (9,54 Mio. EUR) (Anlagen 2 bis 4) wird unabhängig von der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme je Kasse **innerbudgetär** im Formblatt über Vorgang 150 nicht finanzwirksam ausgewiesen. Die Aufteilung erfolgt entsprechend den bei der Ermittlung der Behandlungsbedarfe festgestellten krankenkassen-

senspezifischen MGV-Anteilen des aktuellen Quartals und wird über die Berechnung der Behandlungsbedarfe je Krankenkasse ausgewiesen.

- (2) Die Mittel für die Fördermaßnahmen aus § 2 Abs. 2 (Anlagen 5 bis 7) werden entsprechend Leistungsanspruchnahme durch die Versicherten je Krankenkasse finanzwirksam **außerbudgetär** bis zur Ebene 6 im Formblatt 3 abgefordert.
- (3) Die Mittel für die Fördermaßnahmen aus § 2 Abs. 2 (Anlage 8) werden über für die KV wirksame Zuschläge zu den in der Bereitschaftspraxis Niesky anfallenden Behandlungsfällen von Krankenkassen mit Versicherten mit Wohnort in Sachsen finanzwirksam **außerbudgetär** bis zur Ebene 6 im Formblatt abgefordert.
- (4) Die Mittel für die Fördermaßnahmen aus § 2 Abs. 3 bis 6 (Anlagen 9 bis 12) werden über Vorgänge im Formblatt 3 durch die KV Sachsen unabhängig von der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme je Krankenkasse finanzwirksam **außerbudgetär** abgefordert:
  - a. Anlage 3 (0,4 Mio. EURO) Vorgang 165
  - b. Anlage 9 (Schmerztherapie): Vorgang 163
  - c. Anlage 10 (6,23 Mio. EURO): Vorgang 151
  - d. Anlage 10 (0,29 Mio. EURO): Vorgang 166
  - e. Anlage 11 (4,0 Mio. EURO zzgl. MGV-Steigerung): Vorgang 164
  - f. Anlage 12 (Budget Bereitschaftsdienst): Vorgang 167.

Die Fördervolumen werden im betreffenden Kalenderjahr in je vier gleiche Quartalsbeträge aufgeteilt und entsprechend den bei der Ermittlung der Behandlungsbedarfe festgestellten krankenkassenspezifischen MGV-Anteilen des aktuellen Quartals auf die gesetzlichen Krankenkassen aufgeteilt.

- (5) Für Leistungen der Anlagen 2, 3, 4, 9 und 10 inkl. der Aufstockungsbeträge aus § 2 Abs. 1, 4 und 5 erhält jede Krankenkasse kassenspezifisch und der Verband kassenartenbezogen und aufgeteilt auf die jeweiligen Krankenkassen zusätzlich je Quartal eine gesonderte Leistungsstatistik zum Zeitpunkt der Rechnungslegung gemäß Anhang 1. Der Anhang 1 wird auch als GKV-Statistik den LVSK von der KV Sachsen spätestens 14 Tage nach der Rechnungslegung zur Verfügung gestellt. Der Nachweis von Förderleistungen für Fremdversicherte für die Anlagen 2, 3, 4 wird den LVSK gemäß Anhang 1 ausschließlich als GKV je GOP übergeben. Die Statistiken sind nicht rechnungsbe gründend. Der Anhang 1 wird im csv-Format übergeben.
- (6) Für das Erreichbarkeitsmodell nach § 2 Abs. 5 werden die in Anlage 11, § 8 Abs. 2 und 3 vereinbarten Daten spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung für die GKV den LVSK übergeben.
- (7) Zum Nachweis der Fördermittelverwendung übermittelt die KV Sachsen den LVSK je Kalenderjahr die gemäß § 2 Abs. 6 vereinnahmten Mittel und die nach Anlage 12 ausgegebenen Mittel für den Fahrdienst im Bereitschaftsdienst, aufgeschlüsselt je Quartal und Bereitschaftsdienstbereich.
- (8) Die technische Anlage zu den Datenlieferungen stimmen die Vertragspartner gesondert ab.

**Anhang 1 zu Anlage 1 Teil 2 - Gesonderte kassenspezifische Leistungsstatistik zu den förderungswürdigen Leistungen in Sachsen nach § 3 Abs. 5**

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

## **Anlage 2 zu Teil 2**

### **Vereinbarung zur Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V nach § 2 Abs. 1 der Anlage 1**

### **Zuschläge zur Grundpauschale für ausschließlich konservativ tätige Augenärzte**

#### **§ 1 Zweck der Förderung**

Festgestellter 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. Es ist deshalb bei medizinischem Erfordernis nicht mehr jedem Versicherten möglich einen Augenarzttermin für konservative Behandlungen in einem dem Einzelfall angemessenen Zeitrahmen zu erhalten.

Verbesserung der Versorgung

Um den Patienten den Zugang und somit eine Erstvorstellung mit der erforderlichen Betreuungszeit zum konservativ tätigen Augenarzt in einer angemessenen Zeitspanne zu ermöglichen, werden die Leistungen des EBM der konservativ tätigen Augenärzte gefördert. Die zeitnahe Behandlung ist Grundvoraussetzung für die Sicherung des Behandlungserfolges und die Vermeidung von Spätfolgen.

#### **§ 2 Förderungswürdige Ärzte**

Förderungswürdige Ärzte sind ausschließlich konservativ tätige Augenärzte und von der KV Sachsen anerkannte geringfügig operierende Augenärzte mit hohem Anteil konservativer Tätigkeit.

#### **§ 3 Durchführung der Förderung**

Für jede abgerechnete und vergütete GOP 06225 EBM (Zuschlag zu den augenärztlichen Grundpauschalen für die Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch konservativ tätige Augenärzte) wird jeder Punkt

- ab 1. Januar 2018 mit einem Zuschlag in Höhe von 1,2 Cent auf die vergüteten Leistungen,
- ab 1. Juli 2018 mit einem Zuschlag in Höhe von 0,8 Cent auf die vergüteten Leistungen gefördert.

## **§ 4 Evaluation**

Die KV Sachsen stellt den LVSK folgende Daten zusätzlich zur Verfügung:

- a) die durchschnittliche Behandlungsfallzahl der konservativ tätigen Augenärzte,
- b) die Auszahlungsquoten mit und ohne Zuschlag sowie
- c) die Anzahl der konservativ tätigen Augenärzte gem. HVM
- d) die Gesamtzahl der Augenärzte und
- e) die Behandlungsfallzahl gesamt

je Planungsbereich für das Vorjahresquartal und das aktuelle Quartal nach Vorlage jedes Abrechnungsquartals, spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung.

## Anlage 3 zu Teil 2

### Vereinbarung zur Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V nach § 2 Abs. 1 der Anlage 1

## Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen

### § 1

### Besonders förderungswürdige Leistungen und Zweck der Förderungen

In der folgenden Tabelle werden die Ausgangssituation der bestehenden Versorgungsmängel und die mit der Förderung angestrebte Verbesserung der Versorgung der Versicherten jeder besonders zu fördernden Leistung dargestellt:

	<b>Besonders förderungswürdige Leistungen</b>	<b>Ausgangssituation</b>	<b>angestrebte Verbesserung der Versorgung</b>
		<b>§ 87a Abs. 1 S. 3</b> Mängel in der Versorgung 288. BA	<b>§ 87a Abs. 1 S. 3</b> Verbesserung der Ergebnisqualität und damit Steigerung des Behandlungserfolges 288. BA
1.	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie-ESWL (GOP 26330 EBM)	Mängel bei der ambulanten Versorgung wegen aktueller Verknappung des Versorgungsangebots	Aufrechterhaltung und Verbesserung der ambulanten Versorgung, kurzfristige Termine in der ambulanten Versorgung und dadurch Vermeidung von stationären Aufenthalten
2.	Polysomnographie (30901 EBM)	Zu wenige ambulante Anbieter. Die geringe Angebotsstruktur muss durch teilstationäre Verträge kompensiert werden, um Flächendeckung zu erreichen.	Aufrechterhaltung der ambulanten Versorgung, Vermeidung von stationären Aufenthalten
3.	Humangenetik (GOP 01837 EBM)	Verlagerung bei der ambulanten Versorgung wegen stärkerer Spezialisierung auf humangenetische Analysen zu Lasten einer ausführlichen Anamnese	Förderung der sprechenden Medizin, durch Erstellung einer ausführlichen patientenbezogenen Anamnese um den Versicherten zu einer qualifizierten Entscheidung der weiteren Behandlung zu befähigen und Vermeidung von unnötigen humangenetischen Analysen
4.	Hörgeräteversorgung Kinder (GOP 20338, 20339, 20340, 20377 und 20378 EBM),	Für die Versorgung von Kindern fehlt es derzeit an der Wohnortnähe aufgrund der geringen Versorgungsdichte (13 Vertragsärzte in Sachsen).	Verbesserung der ambulanten Versorgungsdichte bei geringer Anzahl betroffener Patienten, Vermeidung von stationären Aufenthalten und daraus resultierende Belastung des Patienten (Kinder) und Eltern
5.	Spez. Immuntherapie (GOP 30130 und 30131 EBM),	steigende Anzahl von Allergikern durch allergieauslösende Umwelteinflüsse	Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten Immuntherapie, Förderung der Compliance, Verringerung der Abbrecherquote bei teuren medikamentösen Therapien

6.	Kinderpneumologie (GOP 04530, 04532, 04534, 04535 und 04536 EBM),	hoher Aufwand bei der Behandlung aufgrund schwieriger Compliance mit Kindern	Verbesserung der ambulanten Versorgung, Vermeidung von stationären Aufenthalten und daraus resultierende Belastung des Patienten (Kinder) und Eltern
7.	Betreuung von Patienten mit Erkrankungen des zentralen Nervensystems – ZNS - (GOP 04433, 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21232 und 21233 EBM),	hohe Anzahl von Patienten mit Erkrankungen des ZNS vor allem Demenz durch Steigerung des durchschnittlichen Lebensalters	Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten Versorgung von Patienten mit ZNS, Förderung der Compliance, Verbesserung der Behandlung in Alten- und Pflegeheimen sowie in der Häuslichkeit
8.	Phlebologie (GOP 30500 und 30501 EBM),	Veränderung der entsprechenden Behandlungen im Vergleich zum sächsischen Diagnosefaktor	Aufrechterhaltung und Verbesserung der ambulanten Versorgung durch frühzeitige Diagnostik, Vermeidung von Folgeerkrankungen und daraus resultierenden stationären Aufenthalten und damit geringere Belastung der Patienten
9.	Proktologie (GOP 03331, 04331, 08333, 08334, 13257, 13260, 30600, 30601, 30610 und 30611 EBM),	Mängel bei der zeitnahen ambulanten Versorgung auf Grund der Zunahme von proktologischen Erkrankungen	Aufrechterhaltung und Verbesserung der ambulanten Versorgung durch frühzeitige Diagnostik und Therapie, Vermeidung von Folgeerkrankungen und daraus resultierenden stationären Aufenthalten und damit geringere Belastung der Patienten
10.	Histopathologische Untersuchung Hautkrebs-Screening (GOP 19312H und 19315 EBM),	Zunahme notwendiger Eingriffe auf Grund verstärkter Inanspruchnahme des Hautkrebsscreenings auf Grund von Umwelteinflüssen	flächendeckende Sicherstellung ambulanter histopathologischer Untersuchungen im Rahmen des Hautkrebsscreening, zeitnahe Bereitstellung der Untersuchungsergebnisse und damit Vermeidung der Verunsicherung der Patienten und sofern erforderlich unmittelbare Einleitung der Therapie
11.	Narkosen (GOP 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 05361, 05370, 05371 und 05372 EBM). Ausgenommen sind die nach SGO vergüteten Leistungen gem. § 4 Abs. 5c HVM.	Mängel bei der ambulanten Versorgung mit Narkosen außerhalb des AOP gem. Kapitel 31 EBM auf Grund geringer Anzahl von Indikationen	Aufrechterhaltung der ambulanten Versorgung mit Narkosen im Bereich außerhalb AOP (u. a. zahnärztliche Eingriffe) für spezifische Diagnosen, Vermeidung von stationären Aufenthalten und damit geringere Belastung der Patienten
12.	Hausärztliche geriatrische Versorgung des Abschnitts 3.2.4 des EBM	Durch demografische Entwicklung, u. a. Zunahme geriatrischer Patienten, mit hohem Betreuungsaufwand	Verbesserung der wohnortnahen Angebotsstruktur und Stärkung von geriatrischer Behandlung als ursächliche hausärztliche Aufgabe und geringere Belastung der Patienten durch Behandlung in Alten- und Pflegeheimen sowie in der Häuslichkeit
13.	Sozialpädiatrische Versorgung des Abschnitts 4.2.4 des EBM (außer GOP 04356 EBM)	Zunahme der Behandlungen sozial auffälliger Kinder auf Grund sozio-ökonomischer Rahmenbedingungen	Verbesserung der wohnortnahen Angebotsstruktur, frühzeitige Diagnostik von entsprechenden Erkrankungen und damit zielgerichtete Therapie und Entlastung von Bezugspersonen, Gewährleistung Chancengleichheit (PrävG)

## **§ 2 Förderhöhe**

Die Leistungen nach § 1 werden mit einem Punktwertzuschlag in Höhe von 1,2 Cent auf die vergüteten Leistungen gefördert.

## **§ 3 Durchführung der Förderung**

Die KV Sachsen stützt die Förderungen gemäß § 1 zusätzlich aus MGV-Mitteln, wenn die Fördermittel für die Zahlung der vereinbarten Förderungen nicht ausreichen.

## **§ 4 Evaluation**

Zur Evaluation stellt die KV Sachsen den Kostenträgern und den LVSK die Daten nach Anlage 1, Anhang 1 zur Verfügung.

## **§ 5 Übergangsregelung**

Bis zur Unterzeichnung der Vereinbarung gelten die Regelungen der Anlage 10 HVM.

## **Anlage 4 zu Teil 2**

### **Vereinbarung zur Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V nach § 2 Abs. 1 der Anlage 1**

## **Zuschläge für die haus- und fachärztliche Grundversorgung**

### **§ 1**

#### **Zweck der Förderung**

##### **Festgestellter Versorgungsmangel**

Der EBM unterscheidet die Leistungserbringung und damit einhergehend auch die Haus- und Fachärzte nach grundversorgenden Praxen und nach Leistungserbringern mit speziellen Leistungsangeboten, die einer besonderen zusätzlichen ärztlichen Qualifikation bedürfen, wie z. B. Akupunktur, ambulante Operationen etc. Bei einem hohen Anteil an speziellen Leistungen stehen nur noch geringere Kapazitäten für die sprechende Medizin und somit für die Grundversorgung der Patienten zur Verfügung, die insbesondere für einen ärztlichen Erstkontakt zur Abklärung der weiteren Behandlung erforderlich sind.

Um diese grundversorgenden Strukturen zu fördern, wurden die hausärztlichen Vorhaltepauschalen und die Pauschalen fachärztliche Grundversorgung auf Basis einer bundesweit durchschnittlichen Betrachtung in den EBM eingeführt. Für einen Wechsel von den speziellen Leistungen zu den grundversorgenden Leistungen sollen diese im EBM enthaltenen Leistungen in Bezug auf die sächsische Versorgungssituation zusätzlich gefördert werden, um die ärztlichen Kapazitäten für die Grundversorgung flächendeckend zu erweitern und damit dem entsprechenden Versorgungsmangel insbesondere in ländlichen Gebieten, in denen auf Grund der höheren Altersstruktur der Bewohner ein höherer Bedarf an Grundversorgung besteht, entgegenzuwirken.

##### **Verbesserung der Versorgung**

Die Förderung gibt einen Anreiz zur Patientenbehandlung im Rahmen der Grundversorgung und verkürzt damit die Wartezeiten für nicht akut behandlungsbedürftige Patienten. In Folge wird die flächendeckende haus- und fachärztliche Grundversorgung sowie die wohnortnahe Versorgung verbessert.

### **§ 2**

#### **Durchführung der Förderung**

Die Vertragspartner fördern folgende Leistungen:

Die hausärztliche Grundversorgung nach den GOPen 03040 und 04040 (Vorhaltepauschale) und die fachärztliche Grundversorgung nach den GOPen 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13594, 13644, 13694, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 21225, 22216, 23216, 26220 und 27220 EBM (PFG).

Die Vorhaltepauschalen und die PFG erhalten Zuschläge unter Berücksichtigung der im versorgungsbereichspezifischen Fördervolumen verbleibenden Finanzmittel.

### **§ 3 Evaluation**

Zur Evaluation stellt die KV Sachsen den Kostenträgern und den LVSK die Daten nach Anlage 1, Anhang 1 zur Verfügung.

## **Anlage 5 zu Teil 2**

### **Vereinbarung zur Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V nach § 2 Abs. 2 der Anlage 1**

## **Zuschläge für Nachtdialysen**

### **§ 1**

#### **Zweck der Förderung**

Festgestellter Versorgungsmangel

Die zeitaufwändige Dialysebehandlung erschwert es Patienten im erwerbsfähigen Alter ihrer Berufstätigkeit nachzugehen. Nachtdialysen tragen zum Erhalt der Berufstätigkeit der Patienten bei. Kapazitäten für die Durchführung von Nachtdialysen in Sachsen sind nur eingeschränkt vorhanden.

Verbesserung der Versorgung

Die Förderung sichert die Vorhaltung der vorhandenen Strukturen und gibt einen Anreiz zur Ausweitung von entsprechenden Angeboten. In Folge wird die flächendeckende Durchführung von Nachtdialysen sowie die wohnortnahe Versorgung verbessert.

### **§ 2**

#### **Durchführung der Förderung**

Die Vertragspartner fördern Dialysen während der Nacht (Zuschlag zu den GOPen 13610 und 04564 EBM für die Betreuung bei Hämodialyse als Zentrums- oder Praxishämodialyse bei Nacht).

Das Dialysezentrum bzw. die Dialysepraxis ist berechtigt für die Durchführung von Nachtdialysen die Abrechnungsziffer 99660 als Zuschlag zu den GOPen 13610 bzw. 04564 EBM abzurechnen, sofern im Dialysezentrum bzw. –praxis eine Hämodialyse bei Nacht durchgeführt wird. Eine Nachtdialyse wird über eine Dauer von mindestens 7 Stunden im Zeitraum von 20:00 Uhr bis 7:00 Uhr während des Nachtschlafes des Patienten durchgeführt. Diese Regelung gilt solange, bis ggf. eine ersetzende Regelung im EBM eingeführt wurde. Der Wert der Abrechnungsziffer 99660 zur Förderung der Nachtdialysen beträgt 21,50 EURO je durchgeführter Nachtdialyse. Die Abrechnungsziffer ist berechnungsfähig, wenn in der Kalenderwoche mindestens eine Leistung nach der GOP 13610 oder 04564 EBM abgerechnet wurde. Die Abrechnungsziffer ist maximal 3 Mal pro Kalenderwoche berechnungsfähig. Der Zeitpunkt des Beginns und des Endes der Nachtdialyse ist in den Feldkennungen 5006 und 5009 (Um-Uhrzeit) zur Abrechnungsziffer 99660 anzugeben.

### **§ 3**

#### **Evaluation**

Für die Evaluation wird festgestellt, wie sich die Zahl der Nachtdialysen entwickelt. Dazu übermittelt die KV Sachsen die Anzahl der Patienten mit mindestens einer durchgeführten Nachtdialyse (GKV) sowie die Zahl der Praxen, die diese Nachtdialyse anbieten den LVSK für das aktuelle Quartal im Vergleich zum Vorjahresquartal nach Vorlage jedes Abrechnungsquartals, spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung.

## **Anlage 6 zu Teil 2**

### **Vereinbarung zur Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V nach § 2 Abs. 2 der Anlage 1**

### **Zuschläge für Kinderneupatienten**

#### **§ 1**

#### **Zweck der Förderung**

Festgestellter Versorgungsmangel

Aufgrund der Bevölkerungsentwicklung kommt es zu vermehrten Neuvorstellungen von Kinderneupatienten bei Kinder- und Hausärzten. Jeder Neupatient verursacht einen erhöhten Behandlungsaufwand, weshalb zunehmend Schwierigkeiten auftreten, mit den in Sachsen vorhandenen eingeschränkten Behandlungskapazitäten einen entsprechenden Kinder- oder Hausarzt zu finden, der neue Patienten aufnimmt. Gleiches gilt für den Wohnortwechsel.

Verbesserung der Versorgung

Die Förderung sichert die Aufnahme, kontinuierliche Betreuung und Weiterbehandlung von Patienten im Kleinkindalter. Die Förderung gibt einen Anreiz zur Ausweitung von entsprechenden Angeboten.

Die Vertragspartner fördern den Zugang für Kinderneupatienten bei Kinder- und Hausärzten während der Zeiträume der Früherkennungsuntersuchungen U3 (GOP 01713 EBM) sowie U4 (GOP 01714 EBM) bzw. nach Wohnortwechsel. Aufgrund der nicht flächendeckenden Versorgung mit Kinderärzten soll der Zugang für Neupatienten bei Kinder- und Hausärzten durch die Zahlung von Zuschlägen erleichtert werden. Mit dieser Förderung wird die fristgerechte Wahrnehmung der vorgenannten Früherkennungsuntersuchungen durch Aufnahme und kontinuierlicher Behandlung in einer Kinder- oder Hausarztpraxis ermöglicht. Die Förderung erfolgt dabei über Pauschalen, um für den Arzt signifikante Fallzuschläge in konstanter Höhe für einen Neupatienten auszuweisen, anstelle eines Punktwertzuschlags, wodurch keine jährliche Anpassung des Punktwertzuschlags erforderlich wird.

#### **§ 2**

#### **Durchführung der Förderung**

- (1) Förderung der U3-Früherkennungsuntersuchung durch einen Zuschlag (Abrechnungsziffer 99664). Diese hat einen Wert von 15 EURO.

Die Förderung erfolgt auch für Neugeborene bis zum 6. Lebensmonat, die über den U3-Zeitraum hinaus in der Klinik verbleiben mussten, sowie auf Grund eines Wohnort-/Arztwechsels unabhängig vom Alter des Kindes (Patient bis zum vollendeten 18. Lebensjahr). Die Begründung dieser Fälle ist in Feldkennung 5009 vorzunehmen.

- (2) Förderung der U4-Früherkennungsuntersuchung durch einen Zuschlag (Abrechnungsziffer 99666). Diese hat einen Wert von 7,50 EURO.
- (3) Der betreffende Kinder- bzw. Hausarzt kann in der Abrechnung die Abrechnungsziffern 99664 und 99666 jeweils einmal im ambulanten Behandlungsfall ansetzen, wenn der

Patient im Zusammenhang mit der Leistungserbringung der Früherkennungsuntersuchung U3 bzw. U4 behandelt wird.

### **§ 3 Evaluation**

Für die Evaluation wird festgestellt, wie sich die Zahl der behandelten Patienten entwickelt hat. Dazu stellt die KV Sachsen die Anzahl der abgerechneten Förderziffern (GKV) sowie die Arztzahl den LVSK für das aktuelle Quartal im Vergleich zum Vorjahresquartal nach Vorlage jedes Abrechnungsquartals, spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung bereit.

## **Anlage 7 zu Teil 2**

### **Vereinbarung zur Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V nach § 2 Abs. 2 der Anlage 1**

## **Zuschläge für Kinderneupatienten bei niedergelassenen Kinderendokrinologen**

### **§ 1**

#### **Zweck der Förderung**

Festgestellter Versorgungsmangel

Für Kinder mit hormonellen Störungen ist es medizinisch erforderlich, dass sie von Kinderendokrinologen behandelt werden. Aufgrund der besonderen Bedürfnisse sowie der schwierigeren Kommunikation mit Kleinkindern oder Kindern mit Behinderung ergibt sich ein erhöhter Behandlungsaufwand, durch welchen eine Verlagerung der Diagnostik in die tagesklinische bzw. stationäre Versorgung festzustellen ist. Aus Gründen der Behandlungsqualität sollte für diese Fälle grundsätzlich keine Behandlung durch Ärzte der speziellen Fachrichtung für Erwachsene stattfinden.

Verbesserung der Versorgung

Mit der Zahlung eines Zuschlags wird der Verlagerung der Diagnostik für diese Patientenklintel in die tagesklinische bzw. stationäre Versorgung vorgebeugt und durch die Behandlung durch Kinderendokrinologen eine besonders hohe Behandlungsqualität gewährleistet. Weiterhin können strapaziöse Trennungen der Kinder von den Eltern oder Bezugspersonen vermieden werden bzw. können stationäre Mitaufnahmen von Bezugspersonen entfallen. Außerdem kann den Patienten ein schnellerer Zugang zur erstmaligen Behandlung ermöglicht werden.

### **§ 2**

#### **Förderungswürdige Ärzte**

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kinderendokrinologie und -Diabetologie.

### **§ 3**

#### **Durchführung der Förderung**

Für jeden endokrinologischen Kinderneupatienten wird die Abrechnungsziffer 99665 von den Fachärzten abgerechnet. Die Abrechnungsziffer hat einen Wert von 40 EURO. Als endokrinologischer Kinderneupatient gilt ein Patient (Patient bis zum vollendeten 18. Lebensjahr), für den eine Verdachts- oder eine gesicherte Diagnose gemäß Anhang kodiert werden muss und für den im Zeitraum der letzten vier Quartale vor Behandlungsbeginn die GOP 04580 des EBM nicht durch den geförderten Facharzt zur Abrechnung kam. Die Förderung erfolgt dabei über eine Pauschale, um für den Arzt einen signifikanten Fallzuschlag in konstanter Höhe für den Neupatienten auszuweisen, anstelle eines Punktwertzuschlags, wodurch keine jährliche Anpassung des Punktwertzuschlags erforderlich wird.

## **§ 4 Evaluation**

Für die Evaluation wird festgestellt, ob sich die Zahl der behandelten Patienten erhöht hat. Dazu stellt die KV Sachsen die Anzahl der behandelten Neupatienten (GKV) sowie die Anzahl der Ärzte den LVSK für das aktuelle Quartal im Vergleich zum Vorjahresquartal nach Vorlage jedes Abrechnungsquartals, spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung bereit.

## Anhang zu Anlage 7 zu Teil 2

Folgende Diagnosen (auch Verdachtsdiagnosen) sind förderungsrelevant:

### Hypophysenerkrankungen

D35.2 Gutartige Neubildung sonstiger und n. n. bez. endokriner Drüsen/ Hypophyse  
D44.3 Neubildung unsicheren o. unbek. Verhaltens der endokrinen Drüsen/ Hypophyse  
E22.1 Hyperprolaktinämie  
E23.0 Hypophyseninsuffizienz, partiell oder komp.  
E23.0 Wachstumshormonmangel  
E23.0 Hypogonadotroper Hypogonadismus  
E23.2 Diabetes insipidus  
E34.3 Kleinwuchs  
E34.4 Hochwuchs  
Q89.2 Angeborene Fehlbildungen sonstiger endokriner Drüsen

### Nebennierenerkrankungen

D35.0 Gutartige Neubildung sonstiger und n. n. bez. endokriner Drüsen/ Nebenniere  
D44.1 Neubildung unsicheren o. unbek. Verhaltens der endokrinen Drüsen/ Nebenniere  
E25.00 21-Hydroxylase-Mangel [AGS Typ 31, klassische Form  
E25.01 21-Hydroxylase-Mangel [AGS Typ 31, Late-onset-Form  
E25.9 Adrenogenitale Störung, nicht näher bezeichnet  
E27.4 Sonstige und nicht näher bezeichnete Nebenniereninsuffizienz

### Pubertätsstörungen

E28.9 Ovarialinsuffizienz  
E29.1 Hodeninsuffizienz  
E30.0 Pubertas tarda, d. h. verspätete Pubertätse  
E30.1 Pubertas praecox, d. h. vorzeitige Pubertätse  
E30.8 prämatüre Thelarche  
F50.00 Anorexia nervosa, restriktiver Typ,  
F50.01 Anorexia nervosa, aktiver Typ,  
F50.08 Sonstige und nicht näher bezeichnete Anorexia nervosa

F64.0 Transsexualismus  
N91.0 Primäre Amenorrhoe  
N92.6 Zyklusstörungen bei weibl. Jugendlichen  
Q53.9 Kryptorchismus

### Pankreaserkrankungen

E16.1 congenitaler Hyperinsulinismus

### syndromale/genetische Erkrankungen

E23.0 Hypopituitarismus (Kalimann-Syndrom)  
Q87.1 Angeborene Fehlbildungssyndrome, die vorwiegend mit Kleinwuchs einhergehen  
Q96.9 Turner-Syndrom, nicht näher bezeichnet

### Adipositas

E14.90 Insulinresistenz  
E28.2 Polyzystisches Ovar Syndrom  
E66.99 Adipositas  
E88.9 Metabolisches Syndrom  
R73.0 gestörte Glukosetoleranz

### **Schilddrüsenstörungen**

C73 Bösartige Neubildung der Schilddrüse (Schilddrüsenkarzinom)

D44.0 Neubildung unsicheren o. unbek. Verhaltens der endokrinen Drüsen/ Schilddrüse

E03.0 Angeborene Hypothyreose mit diffuser Struma

E03.1 Angeborene Hypothyreose ohne Struma

E04.0 Nichttoxische diffuse Struma

E04.1 Nichttoxischer solitärer Schilddrüsenknoten

E04.2 Nichttoxische mehrknotige Struma

E04.9 Nichttoxische Struma, nicht näher bezeichnet

E05.0 Hyperthyreose mit diffuser Struma (Basedow-Krankheit [Morbus Basedow])

E05.9 Hyperthyreose, nicht näher bezeichnet

E06.0 Akute Thyreoiditis

E06.3 Autoimmnunthyreoiditis (Hashimoto-Thyreoiditis)

E06.9 Thyreoiditis, nicht näher bezeichnet

### **Mangelzustände**

E55.0 Vitamin-D-Mangel / Floride Rachitis

E55.9 Vitamin-D-Mangel, nicht näher bezeichnet

## **Anlage 8 zu Teil 2 ab 1. Januar 2017**

### **Vereinbarung zur Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V nach § 2 Abs. 2 der Anlage 1**

### **Zuschläge zur Finanzierung des Defizits der Bereitschaftspraxis Niesky**

#### **Präambel**

Die KV Sachsen und die LVSK verständigen sich gemeinsam und einheitlich darauf, dass in Kooperation mit der Ev. – Luth. Diakonissenanstalt Dresden e.V., handelnd für das Krankenhaus Emmaus Niesky (Krankenhaus Niesky) eine Bereitschaftspraxis am Krankenhaus Niesky für die Versorgung der Patienten zu sprechstundenfreien Zeiten eingerichtet wird. Gesetzliche Grundlage für diese Kooperation ist der § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V.

Die KV Sachsen schließt mit dem Krankenhaus Niesky einen Vertrag zu Errichtung und Betrieb einer Bereitschaftspraxis.

Die damit im Zusammenhang stehende Finanzierung, Abrechnung und Evaluation der Bereitschaftspraxis wird im Folgenden geregelt. Die Krankenkassen übernehmen den Ausgleich des seitens der KV Sachsen nachgewiesenen Defizits der Bereitschaftspraxis nach dem Verfahren dieser Anlage.

Mit der Einbeziehung des Krankenhauses Niesky als Portalpraxis in den nach der Bereitschaftsdienstreform gebildeten Bereitschaftsdienstbereich Görlitz/Niesky entfällt diese Anlage.

#### **§ 1**

#### **Einnahmen der Bereitschaftspraxis**

Die Einnahmen der Bereitschaftspraxis setzen sich wie folgt zusammen:

1. Vergütete Leistungen nach der sächsischen Gebührenordnung und dem Honorarverteilungsmaßstab der KV Sachsen (inkl. Sachkosten),
2. Gesonderte Vergütungen im Zusammenhang mit dem Bereitschaftsdienst nach dem Honorarverteilungsmaßstab der KV Sachsen, insbesondere
  - a) Strukturvorhaltepauschale gemäß § 2 Abs. 3 b) des HVM und
  - b) Strukturpauschale gemäß § 4 Abs. 1 c) des HVM,
3. Privatliquidationen nach der Gebührenordnung für Ärzte.

## **§ 2**

### **Aufwendungen für die Bereitschaftspraxis**

Die Aufwendungen für die Bereitschaftspraxis setzen sich wie folgt zusammen:

1. Personalkosten
  - a. Arzthonorar der Bereitschaftsärzte (inklusive der Ärzte des Krankenhauses während der Vertretung eines Bereitschaftsarztes) in Höhe von 40 EURO je Stunde sowie Vergütung der ärztlichen Leitung,
  - b. Personalkosten des weiteren Praxispersonals,
2. Sachkosten,
3. Sonstige Aufwendungen.

Eine Kostenprognose ist im Anhang 1 zu dieser Anlage enthalten.

## **§ 3**

### **Abrechnung der ärztlichen Leistungen**

- (1) Die Bereitschaftspraxis rechnet gemäß den im Vertragsarztrecht gültigen Regelungen nach den bestehenden Gebührenordnungen ab. Die Abrechnung gegenüber der KV Sachsen erfolgt nach der geltenden Abrechnungsordnung der KV Sachsen.
- (2) Die KV Sachsen ermittelt aus den Abrechnungsdaten nach Abs. 1 die Einnahmen der Bereitschaftspraxis zur Finanzierung der Aufwendungen nach § 2. Sofern die Aufwendungen nach § 2 höher ausfallen, als die Einnahmen nach § 1, ist diese Differenz den gesetzlichen Krankenkassen in Sachsen in Rechnung zu stellen.
- (3) Für die Abrechnung eines evtl. Defizits nach Abs. 2 ermittelt die KV Sachsen einen Fallzuschlag für sächsische Versicherte nach Anlage 1 zu Teil 2, § 3 Abs. 3, der über die Pseudo-GOP 99490 der kassenseitigen Abrechnung außerbudgetär je Behandlungsfall mit einer GOP 01210 oder 01212 der Bereitschaftspraxis zugesetzt wird. Je nach Höhe des Defizits wird der Fallzuschlag quotiert. Die Zuschlagsberechnung stellt die KV Sachsen gemäß Anhang 2 zusammen mit der Rechnungslegung den LVSK zur Verfügung.

## **§ 4**

### **Evaluation**

Zur Überprüfung der Versorgung der Patienten in der Region Niesky zu den sprechstundenfreien Zeiten im Rahmen der Bereitschaftspraxis ist eine Evaluation erforderlich.

Analog der Vereinbarung mit dem Krankenhaus, wird die KV Sachsen den LVSK folgende Evaluationsdaten zur Verfügung stellen:

- Veränderungen in den Fallzahlen der Notaufnahme, der Bereitschaftspraxis sowie der Fallzahlen des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes in der Region einschließlich des Fahrdienstes,
- Die Wirkungsweise der Triage ab 2017,
- Die Kosten-Erlös-Situation ab 2017,
- Die Anzahl der Fälle der Notaufnahme, die anschließend stationär oder in der Bereitschaftspraxis behandelt wurden ab 2017 und

- Die Anzahl der Fälle der Bereitschaftspraxis, die der Notaufnahme zugewiesen wurden ab 2017.

Im Einvernehmen können weitere Sachverhalte untersucht werden.

Der Evaluationszeitraum beginnt mit dem Jahr 2017 mit Bezug auf das Vorjahr.

Die Vertragspartner bewerten gemeinsam die nach einem Abrechnungsjahr vorliegenden Daten und evtl. Hinweise von Versicherten, um ggf. erforderliche Anpassungen im Praxisbetrieb bzw. der Organisation der Bereitschaftspraxis Niesky abzustimmen.

## **§ 5 Geltungsdauer**

Diese Anlage tritt am 1. Juli 2018 außer Kraft.

## Anhang 1 zu Anlage 8 Teil 2

### Kosten - Ertrags - Prognose Bereitschaftspraxis Niesky

<u>Kosten</u>	Bereitschaftsdienststunden	h im Monat	36
<u>1 Personalkosten</u>			
1.1 Arzthonorar			
- Honorar je Stunde		pro Std.	40,00 €
- Honorar pro Monat		im Monat	1.440,00 €
- Pauschale ärztliche Leitung		im Quartal	500,00 €
<b>- Arzthonorar pro Quartal</b>		<b>im Quartal</b>	<b>4.820,00 €</b>
1.2 Praxispersonal			
3 MFA: Gehalt lt. Arbeitsvertrag		<i>im Quartal</i>	3.987,96 €
<b>Summe Personalkosten 1.1 und 1.2</b>		<b>im Quartal</b>	<b>8.807,96 €</b>
<u>2 Sachkosten</u>			
- Miete (Vertrag KH)		<b>im Quartal</b>	833,67 €
- Nutzung med. Geräte (Vertrag KH)		<b>im Quartal</b>	168,87 €
- Hygienebekleidung Pauschal (Vertrag KH)		<b>im Quartal</b>	25,77 €
- Nutzungspauschale EDV (Vertrag KH)		<b>im Quartal</b>	151,47 €
- Sonstiger Praxisbedarf (Vertrag KH)		<b>im Quartal</b>	507,00 €
- Wartung SW/HW		<b>im Quartal</b>	900,00 €
- AFA		<b>im Quartal</b>	150,00 €
- Sonstiges		<b>im Quartal</b>	300,00 €
<b>Summe Sachkosten laufend</b>			<b>3.036,78 €</b>
<b>Gesamtkosten 1. bis 2.</b>		<b>im Quartal</b>	<b>11.844,74 €</b>
<u>Erträge</u>			
geschätzte Einnahmen nach § 1 Anlage 8		<b>im Quartal</b>	<b>6.000,00 €</b>
Differenz Gesamtaufwand / Gesamtertrag		<b>im Quartal</b>	<b>-5.844,74 €</b>

## Anhang 2 zu Anlage 8 Teil 2

### Zuschlagsberechnung der KV Sachsen - Umsetzung der Mittelabforderung bei den Krankenkassen für die Bereitschaftspraxis Niesky

1. Zusetzung der Pseudoziffer 99490 für den Defizitausgleich der Bereitschaftspraxis Niesky zu jeder abgerechneten Notfallpauschale 01210 und 01212 EBM für alle Versicherten mit Wohnort in Sachsen.
2. Der Grundwert der Pseudoziffer kalkuliert sich aus der erwarteten Anzahl der behandelten Versicherten der genannten Kassen und dem erwarteten Defizit. Die entsprechende Kalkulation wird quartalsweise geprüft.
3. Nach Abschluss des Abrechnungsquartals wird der kalkulierte Grundwert auf das im betreffenden Quartal ermittelte Defizit quotiert. Die entsprechende Quote ergibt sich nach folgender Formel:

$$\text{Quote} = \frac{\text{ermitteltes Defizit des Abrechnungsquartals}}{\text{Honorar der Pseudoziffer 99490}}$$

4. Die quotierte Pseudoziffer 99490 wird den betroffenen Krankenkassen über Formblatt, außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, in Rechnung gestellt.

## **Anlage 9 zu Teil 2**

### **Vereinbarung zur Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V nach § 2 Abs. 3 der Anlage 1**

## **Förderung von schmerztherapeutischen Leistungen**

### **§ 1**

#### **Zweck der Förderung**

Festgestellter Versorgungsmangel

Bei gleichbleibender Anzahl der ausschließlich schmerztherapeutischen Ärzte in Sachsen mit einhergehender Begrenzung der Behandlungskapazitäten pro Arzt durch Qualitätsvereinbarung gemäß § 135 SGB V und der nicht flächendeckend gleichmäßigen Verteilung kann die zunehmende Anzahl von Schmerzpatienten in Sachsen nicht mehr ausreichend versorgt werden. Für die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten bzw. zur Verbesserung ihrer Lebensqualität durch Linderung bzw. Beseitigung von Schmerzen ist eine kurzfristige Behandlungsaufnahme erforderlich, um Manifestationen und Chronifizierungen von Schmerzen vorzubeugen und eine deutliche Schmerzlinderung oder Schmerzfreiheit zu erreichen.

Verbesserung der Versorgung

Die Schmerzpatienten sollen nach Feststellung des Erfordernisses einer Schmerztherapie zeitnah einer entsprechenden Behandlung zugeführt werden. Die Leistungen der Schmerztherapie werden deshalb mit einem Zuschlag gefördert, um auch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte stärker in die Versorgung einzubinden. Hierdurch werden zusätzliche Behandlungskapazitäten für Schmerzpatienten erschlossen.

### **§ 2**

#### **Durchführung der Förderung**

Die Vertragspartner fördern folgende Leistungen:

Schmerztherapeutische Leistungen der GOPen 30700, 30702, 30704, 30706 und 30708 EBM (inkl. Buchstabenkennung, -erweiterung) von sächsischen Vertragsärzten für Versicherte mit Wohnort in Sachsen

Im Rahmen der Honorarverteilung bildet die KV Sachsen ein Finanzvolumen zur Vergütung der schmerztherapeutischen Leistungen, welches sich aus folgenden Bestandteilen je Jahr zusammensetzt:

1. Finanzielle Mittel der KV Sachsen aus der MGV in Höhe der im Jahr 2015 eingesetzten Finanzmittel, fortentwickelt um die Steigerungsfaktoren aus der jahresbezogenen MGV-Vereinbarung; (dies entspricht 6,09 Mio. EURO aus 2015 zzgl. der jährlichen Veränderungsfaktoren, die für eine Auszahlungsquote von rund 61 % ausreichen) sowie
2. Finanzielle Mittel der Krankenkassen als EGV-Mittel in Höhe von 3,9 Mio. EURO. Das Volumen ist auf eine Quotierung von 94 % berechnet, um Mengensteigerungen abzusichern.

### **§ 3**

#### **Vergütung der schmerztherapeutischen Leistungen**

Die KV Sachsen garantiert innerhalb der Honorarverteilung die Bildung eines gesonderten „Finanzvolumens Schmerztherapie“ aus den in § 2 beschriebenen finanziellen Mitteln. Aus dem „Finanzvolumen Schmerztherapie“ werden die in § 1 genannten Leistungen mit einer Auszahlungsquote von 92,5 % honoriert. Sofern die quartalsbezogenen Mittel nicht ausgeschöpft werden, sind mögliche Restmittel des „Finanzvolumens Schmerztherapie“ in das Folgequartal zu übertragen. Sollten die finanziellen Mittel für die Auszahlungsquote von 92,5 % nicht ausreichen, besteht seitens der Krankenkassen eine Nachschusspflicht bis zur vereinbarten Auszahlungsquote.

### **§ 4**

#### **Abrechnung**

Die Abrechnung des Budgets für die Förderleistungen nach § 1 i. V. m. § 2 Nr. 2 erfolgt im Formblatt 3 mittels Vorgängen für die jeweiligen Quartale. Zum 31. Dezember eines Jahres erfolgt eine Spitzabrechnung und Rückzahlung noch verbliebener bzw. Nachzahlung noch erforderlicher Mittel nach den MGV-Anteilen des jeweils 4. Quartals, die im Formblatt für das jeweils 1. Quartal des Folgejahres ausgewiesen und abgefordert werden.

### **§ 5**

#### **Evaluation**

Die KV Sachsen stellt den LVSK folgende Daten je Quartal im Vergleich zum Vorjahresquartal für die GKV zur Verfügung:

- a) die Behandlungsfallzahl Schmerztherapie,
- b) Auszahlungsquoten für die geförderten Leistungen ohne Zuschlag und
- c) die Anzahl der geförderten Ärzte

nach Vorlage jedes Abrechnungsquartals, spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung.

### **§ 6**

#### **Sonstige Festlegungen**

Sofern die schmerztherapeutischen Leistungen im Vertragszeitraum aus der MGV ausgegliedert und aus der EGV vergütet werden, endet die Finanzierung der geförderten Honorierung der schmerztherapeutischen Leistungen nach dieser Anlage zum Zeitpunkt der Ausgliederung. Die zusätzliche Mittelbereitstellung der gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 2 endet zum Zeitpunkt der Ausgliederung der schmerztherapeutischen Leistungen aus der MGV.

## **Anlage 10 zu Teil 2**

### **Vereinbarung zur Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V nach § 2 Abs. 4 und 5 der Anlage 1**

### **Zuschläge zum Neupatientenmodell**

#### **§ 1**

#### **Zweck der Förderung**

Festgestellter Versorgungsmangel

Auf Grund der eingeschränkten Ressourcen bestehen längere Wartezeiten auf Arzttermine. Davon sind besonders Patienten betroffen, die vor langer Zeit oder noch gar nicht in der fachärztlichen Praxis behandelt wurden.

Verbesserung der Versorgung

Durch eine höhere Vergütung der Behandlung von Neupatienten wird ein Anreiz geschaffen, an die o. g. Patienten zeitnah einen fachärztlichen Termin zu vergeben. Im Ergebnis erfolgt eine zeitnahe Erstdiagnostik, eine Erhöhung der Behandlungseffizienz und damit eine Erhöhung der Aussichten des Behandlungserfolges und der Patientenzufriedenheit.

#### **§ 2**

#### **Neupatientenmodell bei Fachärzten**

- (1) Die Ausgestaltung des Neupatientenmodells obliegt der KV Sachsen.
- (2) Die quartalsweise Verwendung der Mittel der gesetzlichen Krankenkassen für den fachärztlichen Versorgungsbereich obliegt der Verantwortung der KV Sachsen und kann von der quartalsweisen Mittelabforderung abweichen.
- (3) Die Zahlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt abschließend; darüber hinaus werden keine weiteren zusätzlichen finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt, um den Status quo der ärztlichen Versorgung vor Einführung des Neupatientenmodells wieder herzustellen. Die gesetzlichen Krankenkassen sind von einer finanziellen Nachschusspflicht ausgeschlossen.
- (4) Sofern das Neupatientenmodell eingestellt wird, wird über ggf. vorhandene Restmittel sowie über die künftige Verwendung der Förderbeträge gemeinsam entschieden.

### **§ 3 Evaluation**

Die KV Sachsen wird im Rahmen ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht die Krankenkassen über Auswirkungen des Neupatientenmodells informieren und auf unbeabsichtigte Auswirkungen reagieren. Insbesondere werden die Vertragspartner prüfen, wie sich die Umsetzung der Regelungen im Hinblick auf die Versorgung ausgewirkt hat. Dazu werden folgende Daten je Quartal im Vergleich zum Vorjahresquartal für die GKV spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung übermittelt:

- a) die Behandlungsfallzahlen je teilnehmender Vergleichsgruppe
- b) die Anzahl Neupatienten je teilnehmender Vergleichsgruppe und
- c) die Arztzahl je teilnehmender Vergleichsgruppe

## **Anlage 11**

### **Vereinbarung zur Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V nach § 2 Abs. 5 der Anlage 1**

### **Zuschläge für eine bessere Erreichbarkeit der ärztlichen Praxen für die Patienten in der Grundversorgung**

#### **§ 1**

#### **Zweck der Förderung**

##### **Festgestellter Versorgungsmangel**

Die derzeit gültige Präsenzpflcht eines Vertragsarztes nach § 17 Abs. 3 BMV-Ä reicht nicht aus, um für die Patienten den Kontakt zu einem konkreten Ansprechpartner in der vertragsärztlichen Versorgung abzusichern. Bei längerer Verhinderung der Ausübung seiner Tätigkeit ist der Vertragsarzt erst ab einem Zeitraum von einer Woche verpflichtet, dies der KV Sachsen unter Nennung seiner Vertretung mitzuteilen. Auch bei kürzeren Verhinderungszeiten besteht keine Verpflichtung zur Information der Versicherten und der KV Sachsen. Die Nichterreichbarkeit der Praxen während der Sprechstundenzeiten aufgrund der telefonischen Inanspruchnahme durch eine Vielzahl von Patienten wird durch die Präsenzpflcht ebenfalls nicht erfasst. Dieses Defizit ist ein Versorgungsmangel, da es den Zugang zur vertragsärztlichen Grundversorgung erheblich erschwert. In der Folge nutzen Patienten (vor allem Akutpatienten) alternative Angebote, z. B. Notfallambulanzen, die für die reguläre Behandlung nicht vorgesehen sind.

##### **Verbesserung der Versorgung**

Mit den nach den Förderbedingungen zwingend einzuhaltenden Maßnahmen (Telefonische Erreichbarkeit während und außerhalb der Sprechstundenzeiten, Auskunft bei längerer Abwesenheit des Arztes), wird eine erhebliche Strukturverbesserung der vertragsärztlichen Grundversorgung dahingehend bewirkt, dass die Versicherten stets über die Ansprechbarkeit des Vertragsarztes, dessen Vertretung bzw. des Bereitschaftsdienstes informiert sind. Damit wird der Zugang zur Grundversorgung im Sinne des Patienten wesentlich verbessert.

#### **§ 2**

#### **Ziel, Allgemeine Regelungen**

Ziel des Modells ist die Förderung der Grundversorgung. Die Erreichbarkeit von Praxen ist Teil der ärztlichen Leistung und entsprechend in der Versichertenpauschale für Hausärzte enthalten. Für Fachärzte gilt dieser Leistungsanteil in der Grund- und Konsiliarpauschale entsprechend. Mit der Förderung dieser Leistungen sollen die Versicherten/Patienten in Sachsen die niedergelassenen Ärzte als Eingang in die medizinische Versorgung stärker wahrnehmen und akzeptieren. Die nähere Ausgestaltung der Regelung obliegt der KV Sachsen. Die detaillierten Förder- und Prüfbedingungen werden von der KV Sachsen in einer Durchführungsbestimmung geregelt und veröffentlicht.

### **§ 3 Finanzielle Mittel**

- (1) Neben verbleibenden Restmitteln aus § 2 Abs. 5 und 6 Anlage 1 der MGV-Vereinbarung 2016/2017 stehen anteilig die dauerhaften EGV-Mittel nach § 2 Abs. 5 Anlage 1 zur Verfügung. Die Verwendung kann von der Abforderung in einzelnen Quartalen abweichen.
- (2) Seitens der KV Sachsen können ergänzend Mittel der teilnehmenden Vergleichsgruppen bis zu der Höhe der dauerhaften EGV-Mittel nach Abs. 1 aus der MGV eingesetzt werden, wenn die Mittel zur Vergütung nach Abs. 1 nicht ausreichen.
- (3) Nicht verbrauchte finanzielle Mittel werden ins Folgequartal übertragen.

### **§ 4 Teilnahme**

Jede Praxis ist mit jeweils einer BSNR mit Ausnahme von Praxen von

1. Fachärzten für Humangenetik,
2. Fachärzten für Pathologie bzw. Neuropathologie und Fachwissenschaftlern der Medizin, die überwiegend zytologische Untersuchungen auf dem Gebiet der gynäkologischen Zytologie erbringen,
3. Fachärzten für Laboratoriumsmedizin, Biochemie, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie bzw. Immunologie, Transfusionsmedizin sowie Fachwissenschaftlern der Medizin (z. B. Klinische Chemie und Labordiagnostik etc.) und
4. ermächtigten Ärzten, Psychotherapeuten und Einrichtungen sowie Notfallaufnahmen

teilnahmeberechtigt.

Mischpraxen von teilnahmeberechtigten und nicht teilnahmeberechtigten Ärzten sind teilnahmeberechtigt.

Die Teilnahme erfolgt mittels Teilnahmeerklärung. Bei Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) kann eine Teilnahme nur gemeinsam erfolgen.

### **§ 5 Bonierungsmodell**

Das Modell ist als freiwilliges Bonusmodell mittels Teilnahmeerklärung ausgestaltet. Die teilnehmenden Praxen sind für das Vorliegen der Voraussetzungen der Bonierung nachweislichpflichtig.

### **§ 6 Anforderungen an die Praxis als Voraussetzung für die Bonierung**

- (1) Die Praxen gewährleisten eine grundsätzliche telefonische Erreichbarkeit. Die Patientinnen und Patienten sollen so bei telefonischer Kontaktaufnahme im Bedarfsfall eine dem medizinischen Einzelfall entsprechende Gesprächsmöglichkeit haben und erforderliche Hilfe sowie Hinweise zum adäquaten Versorgungsangebot (z. B. nächste Sprechstunde, Akutsprechstunde, kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, Vertretungspraxis bei Urlaub) erhalten. Ist dies im Einzelfall nicht möglich, gelten die folgenden Absätze.

- (2) Ist eine telefonische Erreichbarkeit während der Sprechstundenzeiten nicht möglich, ist eine Ansage gemäß Anhang einzurichten.
- (3) Außerhalb der Öffnungszeiten ist der Anrufbeantworter oder eine Ansage gemäß Anhang einzurichten.
- (4) Bei längerer Abwesenheit (Urlaub, Krankheit usw.) ist ein Anrufbeantworter mit konkreten Angaben zur Wiedererreichbarkeit und Hinweis auf eine vertretende Praxis einzurichten (Ansprache gemäß Anhang).
- (5) Über die in Abs. 1 bis 4 aufgeführten Maßnahmen der obligatorischen Erreichbarkeit hinaus, können weitere fakultative Maßnahmen eingeführt werden. Dies betrifft den Punkt 4 des Anhangs.

## **§ 7 Vergütung und Abrechnung**

Für den zusätzlichen Organisationsaufwand der über die gesetzlichen Vertragsarztbestimmungen hinausgehenden Maßnahmen erhält die teilnehmende Praxis innerhalb der Grundversorgung je GOP (Versichertenpauschale bei Hausärzten und Grund- oder Konsiliarpauschale bei Fachärzten) eine Pseudoziffer Nr. 99670 mit einem Wert in Höhe von 1 Euro zugeordnet. Diese Pseudoziffer ist nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Die ermittelte rechnerische Zuschlagshöhe pro Praxis wird dem praxisindividuellen Budget gegenübergestellt und quotiert.

Das praxisindividuelle Budget wird nach Praxisgröße für obligate und fakultative Maßnahmen ermittelt. Kriterien für die Praxisgröße sind die Fälle mit Arztpatientenkontakt (gemittelt) in Bezug auf die Vergleichsgruppe. Für den obligaten Aufwand beträgt das praxisindividuelle Budget für eine Praxis pro Quartal je nach Praxisgröße 250, 500 bzw. 750 EURO. Für jede fakultative Maßnahme erhöht sich das Budget um jeweils 50 EURO.

Übergangsweise gelten für das Jahr 2018 die Regelungen aus der MGV-Vereinbarung 2016 und 2017 (Beginn Förderung ab dem 3. Quartal 2017).

## **§ 8 Prüfung der Einhaltung der Voraussetzungen**

- (1) Die KV Sachsen überprüft eine wesentliche Anzahl von teilnehmenden Ärzten durch Kontrollanrufe. Wiederholt festgestellte Verstöße gegen die Teilnahmebedingungen der obligaten und/oder fakultativen Maßnahmen führen ab dem laufenden Quartal zum Ausschluss aus dem Modell. Die Wiederteilnahme an der Regelung ist erst nach Ablauf einer Karenzzeit von 4 Quartalen möglich.
- (2) Die KV Sachsen übermittelt den LVSK quartalsweise für die Laufzeit des Modells die von ihr erhobenen Daten. Insbesondere werden den LVSK jeweils fachgruppenbezogen die Anzahl der
  - teilnahmeberechtigten Praxen,
  - teilnehmenden Praxen in den verschiedenen Bonusstufen sowie
  - ausgeschlossenen Praxen übermittelt.
- (3) Zur Messbarkeit der Maßnahmen erstellt die KV Sachsen regelmäßig eine Übersicht über die Anzahl der teilnehmenden Praxen, die jeweils die nachfolgenden Maßnahmen erfüllen:
  - a) Angabe einer E-Mail-Adresse für Termin- und Rezeptanfragen

- b) Angabe einer gesonderten Telefonnummer oder automatisierte Weiterleitung für Rezeptanforderungen/Überweisungen
- c) Angabe einer gesonderten Telefonzeit für Befundbesprechungen mit dem Arzt
- d) Angebot von Akutsprechstunden im Umfang von mindestens 2 Stunden wöchentlich.

Diese Daten werden den LVSK für die Laufzeit des Modells quartalsbezogen übermittelt, spätestens 14 Tage nach der Rechnungslegung.

Von den Krankenkassen wird zusätzlich erfasst, ob Beschwerden von Versicherten wegen mangelnder Erreichbarkeit von Praxen vorliegen. Sofern derartige Beschwerden vorliegen, werden diese an die KV Sachsen weitergeleitet und von ihr im Rahmen des Modells mit der betreffenden Arztpraxis ausgewertet.

Ergänzend kann von den Vertragspartnern gemeinsam eine Versichertenbefragung initiiert werden.

## **§ 9**

### **Weiterentwicklung des Erreichbarkeitsmodells**

- (1) Nach Bewertung der Daten gemäß § 8 Abs. 2 und 3 entscheiden die Vertragspartner bis zum 31. Dezember 2018 über die Fortsetzung des Modells bzw. dessen qualitative Weiterentwicklung. Über weitere Parameter zur Erfolgsmessung verständigen sich die Vertragspartner während der Laufzeit entsprechend der technischen Realisierbarkeit.
- (2) Um die Erreichbarkeit von Praxen zu verbessern, wird das Modell bei Entscheidung zur Fortsetzung qualitativ weiterentwickelt, indem z.B. weitere fakultative Maßnahmen vereinbart werden, welche von den Praxen angeboten werden können.
- (3) Sollte das Modell aufgrund zu geringer Teilnahme nicht fortgesetzt werden, verständigen sich die Vertragspartner zur zukünftigen Verwendung der EGV-Fördermittel sowie evtl. verbliebener Restmittel aus Vorquartalen.

## Anhang zu Anlage 11

Inhalte der Teilnahmeerklärung der Praxis zum Erreichbarkeitsmodell:

Die Praxis sichert die Einhaltung der nachfolgenden Strukturen der Erreichbarkeit zu, wobei die nachfolgenden Ansagen als Muster dienen.

In der Zeit von Montag, Dienstag und Donnerstag von 8-18 Uhr und Mittwoch und Freitag von 8-13 Uhr ist die Praxis entweder telefonisch erreichbar oder es wird per Anrufbeantworter bzw. Bandansage dem Anrufer eine qualifizierte Auskunft gegeben:

### **1. Innerhalb der Sprechzeiten**

setzen Praxen, bei denen nicht nur im Ausnahmefall ein nicht absicherbares hohes Aufkommen an Anrufen existiert, bei Bedarf eine Bandansage ein. Diese schaltet im Falle einer freien Leitung nach frühestens 5 Klingeltönen bzw. für den Fall, dass alle Leitungen belegt sind, sofort eine Ansage folgenden Inhaltes:

Ansage 1

*„Sie sind mit der Praxis ... verbunden. Leider können wir Ihren Anruf nicht sofort annehmen. Sollten Sie lediglich einen Termin vereinbaren wollen, rufen Sie bitte in der Zeit von ... bis ... an. Sollten Sie jedoch ein akutes gesundheitliches Problem haben, rufen Sie bitte in einigen Minuten noch einmal an.“*

### **2. Außerhalb der Sprechzeiten**

#### **a) außerhalb des Bereitschaftsdienstes**

Ansage 2

*„Sie sind mit der Praxis ... verbunden. Leider können wir Ihren Anruf nicht annehmen, da Sie außerhalb unserer Sprechzeiten anrufen. Unsere Sprechzeiten sind: ... Sollten Sie lediglich einen Termin vereinbaren wollen, rufen Sie bitte in der Zeit von ... bis ... an. /Unsere Vertretung übernimmt die Praxis - Name, Telefonnummer.“*

#### **b) innerhalb der Bereitschaftsdienstzeiten**

Ansage 3

*„Sie sind mit der Praxis ... verbunden. Leider können wir Ihren Anruf nicht annehmen, da Sie außerhalb unserer Sprechzeiten anrufen. Unsere Sprechzeiten sind: ... Sollten Sie lediglich einen Termin vereinbaren wollen, rufen Sie bitte in der Zeit von ... bis ... an.  
Bis morgen/Montag früh 7 Uhr steht der ärztliche Bereitschaftsdienst unter der Rufnummer 116117 zur Verfügung.“*

Abweichend gilt für psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Ärzte für Psychotherapeutische Medizin und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte vom Ansagetext nach Nr. 2b:

- Satz 3: Einfügung der Zeiten der Erreichbarkeit und des Sprechstundenangebotes
- Streichung des letzten Satzes.

### **3. Bei längerer Abwesenheit (Urlaub, Krankheit usw.)**

Ansage 4

*„Sie sind mit der Praxis ... verbunden. Leider können wir Ihren Anruf nicht annehmen, da die Praxis bis ... geschlossen ist. Unsere Vertretung übernimmt die Praxis - Name und Telefonnummer.“*

### **4. Zusätzlich zu diesen obligaten Maßnahmen der telefonischen Erreichbarkeit können die Praxen folgende fakultative Leistungen anbieten:**

- a) Angabe einer E-Mail-Adresse für Termin- und Rezeptanfragen
- b) Angabe einer gesonderten Telefonnummer oder einer automatisierten Weiterleitung für Rezeptanforderungen/Überweisungen
- c) Angabe einer gesonderten Telefonzeit für Befundbesprechungen mit dem Arzt
- d) Angebot von Akutsprechstunden im Umfang von mindestens 2 Stunden wöchentlich

Abweichend gilt für psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Ärzte für Psychotherapeutische Medizin und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte, dass bei den fakultativen Maßnahmen nur die Maßnahme nach a) anbietbar ist und die Aufwandspauschale nach § 7 erhöht werden kann.

## **Anlage 12**

### **Vereinbarung zur Zahlung von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V nach § 2 Abs. 2 und 6 der Anlage 1**

#### **Zuschläge für Wegepauschalen im Bereitschaftsdienst**

##### **§ 1**

##### **Zweck der Förderung**

(1) Festgestellter Versorgungsmangel

Das Gemeinsame Landesgremium Sachsen nach § 90a SGB V hat in seiner Untersuchung der Notfallversorgung festgestellt, dass oftmals eine nicht medizinisch indizierte Inanspruchnahme der notärztlichen Versorgung durch die Bevölkerung stattfindet. Des Weiteren wurde festgestellt, dass die Notfallambulanzen der Krankenhäuser in medizinisch nicht nachvollziehbarem Umfang in Anspruch genommen werden und dass es durch die oftmals nicht bedarfsgerechte Inanspruchnahme einer höheren Versorgungsebene teilweise zu langen Wartezeiten für die Versicherten kommt. Der Gesetzgeber hat die Partner des § 115 Abs. 2 Nr. 3 SGB V beauftragt, die Notfallversorgung zu organisieren und ggf. ergänzende Regelungen zur Finanzierung zu vereinbaren. Mit dieser Förderung sollen die existierenden Defizite verringert und der gesetzgeberische Auftrag umgesetzt werden. Die KV Sachsen hat in Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben eine Bereitschaftsdienstreform initiiert.

##### Verbesserung der Versorgung

Mit Inkrafttreten der Bereitschaftsdienstreform und der Etablierung von Portalpraxen verändern sich durch die Zusammenlegung der bisherigen kleinteiligen Bereitschaftsdienstbereiche zu größeren Bereichen die Wege und Anfahrtszeiten des im Bereitschaftsdienst tätigen Arztes für erforderliche Hausbesuche zur akuten Behandlung der Patienten, die nicht in der Lage sind, eine von der KV Sachsen eingerichtete Portalpraxis aufzusuchen. Da der Betrieb der Portalpraxen zudem mit hohen personellen Ressourcen verbunden ist, wird unter Beachtung der regionalen Versorgungssituation in Zeiten geringeren Patientenaufkommens insbesondere der Fahrdienst zu einem wichtigen Pfeiler in der Sicherstellung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes.

(2) Für eine flächendeckende und qualitativ hochwertige ärztliche Versorgung auch zu sprechstundenfreien Zeiten in der Häuslichkeit/am Aufenthaltsort des Patienten wird deshalb der Fahrdienst innerhalb der Bereitschaftsdienstreform über die vergüteten Wegepauschalen gesondert gefördert.

##### **§ 2**

##### **Förderung der Wegepauschalen bis zum Inkrafttreten der neuen Bereitschaftsdienstordnung (BDO)**

Für die Wegepauschalen, die für einen Hausbesuch im Bereitschaftsdienst anfallen sowie für die Nutzung eines von Ärzten selbst organisierten oder von der KV Sachsen organisierten Fahrdienstes gemäß Teil 3, Anlage 3c werden folgende Zuschläge gezahlt:

Abrechnungsziffer	Erläuterung	Pauschalen
93250	Zuschlag organisierter Notfalldienst bzw. kassenärztlicher Bereitschaftsdienst	7,00 €
93251	Zuschlag Fahrdienst im organisierten Notfalldienst bzw. kassenärztlicher Bereitschaftsdienst (neben Abrechnungsziffer 93250 abrechenbar)	6,00 €

Die Abrechnung der Wegepauschalen aus Teil 3, Anlage 3a sind bei der Nutzung eines von der KV Sachsen organisierten zentralen Fahrdienstes mit der für den Fahrdienst gültigen Buchstabenkennung gemäß Teil 3, Anlage 3c zu kennzeichnen. Die Abrechnungsziffern 93250 und 93251 (mit entsprechender Buchstabenkennung) werden von der KV Sachsen automatisch zugesetzt.

Bei Nutzung eines von Ärzten organisierten und von der KV Sachsen genehmigten Fahrdienstes ist nur die Abrechnungsziffer 93251 mit der für den Fahrdienst gültigen Buchstabenkennung gemäß Teil 3, Anlage 3c zu kennzeichnen. Die Abrechnungsziffern der Wegepauschalen gemäß Teil 3, Anlage 3a sind ohne Buchstabenkennung abrechenbar.

Für die Abrechnung des von Ärzten selbst organisierten Fahrdienstes sind durch den Arzt auf seiner Abrechnung die entsprechenden Kennzeichnungen des zutreffenden Fahrdienstes anzugeben, wenn dieser für den abgerechneten Weg in Anspruch genommen wurde.

### **§ 3**

#### **Förderung der Wegepauschalen nach dem Inkrafttreten der neuen BDO**

Nach Zusammenlegung mehrerer kleinteiliger Bereitschaftsdienstbereiche zu einem neuen Bereitschaftsdienst in Umsetzung der neuen BDO werden die bisherigen Zuschläge nach den Abrechnungsziffern 93250 und 93251 mit einem Buchstaben R gekennzeichnet. Gleiches gilt für die in Anlage 3a zu Teil 3 vereinbarten Wegepauschalen. Die Abrechnungsziffern nach Satz 1 werden von der KV Sachsen automatisch zugesetzt und die Wegepauschalen ohne bzw. mit unzutreffender Buchstabenkennung entsprechend umgesetzt.

### **§ 4**

#### **Abrechnung der Zuschläge auf Wegepauschalen und Einhaltung der Höchstgrenzen**

Die nach §§ 2 und 3 gezahlten Zuschläge sind quartalsweise im Formblatt 3 bis zur Ebene 6 abzurechnen.

Die gemäß Anlage 1, § 2 Abs. 2 vereinbarten Höchstgrenzen für die Summe der Zuschläge auf Wegepauschalen im Bereitschaftsdienst nach den §§ 2 und 3 werden im Rahmen einer Spitzabrechnung im jeweils 4. Quartal eines Jahres ggf. quotiert zur Abrechnung gebracht, um eine Überschreitung der Höchstgrenze zu vermeiden.

### **§ 5**

#### **Förderung der Bereitschaftsdienstreform § 2 Abs. 6 Anlage 1 zu Teil 2**

Die Förderung der Bereitschaftsdienstreform gemäß § 1 Abs. 2 wird über einen Zuschlag zu jeder Wegepauschale im Bereitschaftsdienst (Abrechnungsziffer 93252) für Versicherte mit Wohnort in Sachsen ausgewiesen. Der ausgewiesene Zuschlag je Wegepauschale im Bereitschaftsdienst ergibt sich aus den Ausgaben je Quartal für den Fahrdienst und der Anzahl Wegepauschalen im jeweiligen Quartal.

## **§ 6 Nachweis der Förderung**

- (1) Im Rahmen der in § 2 Abs. 6 Anlage 1 Teil 2 vereinbarten Budgets wird ein Zuschlag (Abrechnungsziffer 93252) auf die Abrechnungsziffer 93250 inklusive aller Buchstaben-erweiterungen im Bereitschaftsdienst in Höhe von 15,- EUR nicht zahlungswirksam berechnet. Der Zuschlag kann entsprechend quotiert werden.
- (2) Sofern die nach § 2 Abs. 6 Anlage 1 Teil 2 abgeforderten finanziellen Mittel im Vorgang 167 (Budget für Bereitschaftsdienst) nicht vollständig eingesetzt wurden, sind verbliebene Mittel ins Folgequartal zu übertragen. Die Vertragspartner verständigen sich zur Verwendung der übertragenen finanziellen Mittel.
- (3) Der Wert des Zuschlags ist pro Kalenderjahr neu festzulegen.

## **§ 7 Sonstige Festlegungen**

- (1) Eine Finanzierung der von der KV Sachsen in Betrieb genommenen eigenen Vermittlungsstelle für den Fahrdienst aus den EGV-Mitteln nach § 2 Abs. 6 Anlage 1 Teil 2 ist ausgeschlossen.
- (2) Die Auszahlung der Zuschläge nach den §§ 2 und 3 richtet sich nach der jeweils geltenden Regelung des HVM der KV Sachsen, sofern eine Auszahlung der Zuschläge an die Ärzte vorgesehen ist, ist diese nicht zu quotieren.

## Teil 3

# Festlegung der Gesamtvergütungen in Sachsen

## Präambel

Die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung sowie die Vergütung von Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einer Krankenkasse wird in den Jahren 2018 und 2019 – gemäß § 87a Abs. 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 (§§ 2a und 2b) inkl. des zweckgebundenen Fördervolumens für Zuschläge für förderungswürdige Leistungen innerhalb der MGV gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V (§ 2 Abs. 1 der Anlage 1 zum Teil 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.

## § 2a Festsetzung der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2018

- (1) Gemäß dem 383. Beschluss des Bewertungsausschusses Punkt 2.2.1.1 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 Differenzklärungen sind die Gesamtvertragspartner von der betreffenden Kassenart entsprechend zu informieren. Weiterhin werden die von den Krankenkassen gelieferten Versichertenzahlen der Satzart **ANZVER87a** gemäß 383. Beschluss des Bewertungsausschusses 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.

- (2) Gemäß 403. Beschluss des Bewertungsausschusses erfolgt vom 1. bis 4. Quartal 2018 eine basiswirksame Erhöhung der MGV im Zusammenhang mit der Umstellung der Umsetzung des Wohnortprinzips bei den Ersatzkassen. Der vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals wird um 0,01 % erhöht.
- (3) Gemäß dem 383. Beschluss des Bewertungsausschusses Punkt 2.2.1.1 i. V. m. dem 43. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses, ergänzt um den 380. Beschluss des Bewertungsausschusses sind die in 2016 ermittelten Ausgliederungsbeträge für die psychotherapeutischen Leistungen des Abschnitts 35.2 des EBM um die Veränderungsrate der MGV nach § 2a Abs. 14 für das Jahr 2016, weiterer regional vereinbarter Veränderungen und um die Veränderung der Versichertenanzahl vom jeweiligen Quartal des Jahres 2016 zum jeweiligen Vorjahresquartal fortzuentwickeln und zum Behandlungsbedarf hinzuzuaddieren.
- (4a) Für die Ermittlung der nachfolgenden Punktmengen, die in die MGV ein- bzw. auszugliedern sind, sind nach dem 383. Beschluss des Bewertungsausschusses Punkt 2.2.1.2 die Daten der Satzart **ARZTRG87aKA\_SUM** jeweils mit MGV-Kennzeichen „2“ bzw. „1“ des jeweiligen Quartals des jeweiligen Vorjahres zu verwenden. Die ein- bzw. auszugliedernden Punktmengen ergeben sich, in dem die Werte Leistungsbedarf nach EURO-Gebührenordnung des jeweiligen Vorjahresquartals durch den Punktwert des Vorjahresquartals dividiert werden. Auf diese festgestellte Punktmenge wird die jeweils festzulegende Abstufungsquote angewandt. Für die KV-spezifische Abstufungsquote gilt, dass diese ermittelt wird, in dem der vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal (aus den Daten der Satzart **KASSRG87aMGV\_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 EURO-Gebührenordnung in der Wohnort-KV im Vorjahresquartal in Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Vorjahresquartal. Die KV-spezifische Abstufungsquote wird kaufmännisch auf 4 Stellen nach dem Komma gerundet.
- (4b) Für die im Zusammenhang mit der Ermittlung der Bereinigungsbeträge zu verwendende Quote für die Bereinigung von Selektivverträgen nach Punkt 3.2.3 (Beschluss des Bewertungsausschusses in der 333./383. Sitzung) erfolgt die Ermittlung in Schritt 1. Die Quote wird kaufmännisch auf 4 Stellen nach dem Komma gerundet.
- (4c) Für die im Zusammenhang mit der Ermittlung der ASV-Bereinigung zu verwendende Quote erfolgt in Schritt 1 die Ermittlung gemäß Punkt 7.1 der 420. BA Sitzung (ab 1/2018) i. V. m. Teil 5 § 6 Abs.2 b.
- (5) Von dem nach Abs. 3 festgestellten Behandlungsbedarf wird die gemäß Punkt 2.2.1.3 des 383. Beschlusses des Bewertungsausschusses 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.
- (6) Gemäß dem 383. Beschluss des Bewertungsausschusses Punkt 2.2.1.3 ist der nach Abs. 5 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 372. Beschlusses des Bewertungsausschusses verzichtet haben.

- (7) a. Gemäß dem 50. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses, geändert durch den 407. Beschluss des Bewertungsausschusses, erfolgt im 1. Quartal 2018 eine basiswirksame Ausgliederung der psychotherapeutischen Gesprächsleistungen der GOPen 22220 und 23220 des EBM aus der MGV. Dazu werden die Leistungsmengen beider GOPen nach regionaler EURO-Gebührenordnung der Satzart ARZTRG87aKA\_SUM des Vorjahresquartals entnommen, mit der KV-spezifischen Abstufungsquote des Vorjahresquartals gemäß Absatz 4a multipliziert und durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals dividiert. Das Ergebnis mindert den vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals.
- b. Gemäß dem 398. Beschluss des Bewertungsausschusses, geändert durch den 408. Beschluss des Bewertungsausschusses, erfolgt vom 1.- bis 3. Quartal 2018 eine basiswirksame Ausgliederung der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM aus der MGV. Dazu werden die Leistungsmengen der GOPen nach regionaler EURO-Gebührenordnung der Satzart ARZTRG87aKA\_SUM des Vorjahresquartals entnommen, mit der KV-spezifischen Abstufungsquote des Vorjahresquartals gemäß Absatz 4a multipliziert und durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals dividiert. Das Ergebnis mindert den vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals.
- c. Gemäß 402. Beschluss des Bewertungsausschusses erfolgt vom 1. bis 4. Quartal 2018 eine basiswirksame Ausgliederung der GOP 32530 EBM aus der MGV zur Teilfinanzierung der HLA-Antikörperdiagnostik. Dazu werden die Leistungsmengen der GOP nach regionaler EURO-Gebührenordnung der Satzart ARZTRG87aKA\_SUM des Vorjahresquartals entnommen, mit der KV-spezifischen Abstufungsquote des Vorjahresquartals gemäß Absatz 4a multipliziert und durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals dividiert. Das Ergebnis mindert den vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals.
- d. Gemäß 411. Beschluss des Bewertungsausschusses erfolgt vom 1. bis 4. Quartal 2018 eine basiswirksame Erhöhung der MGV zur Finanzierung des Mehrbedarfs durch die Bewertungserhöhung der GOPen 09372 bis 09374 und 20372 bis 20374 EBM (Hörgeräteversorgung). Der Erhöhungsbetrag ergibt sich für jedes Quartal des Jahres 2018 durch Multiplikation des jeweiligen Differenzbetrags der alten und neuen Bewertung der Gebührenordnungspositionen 09372 bis 09374 und 20372 bis 20374 mit der Häufigkeit der entsprechenden GOPen im jeweiligen Vorjahresquartal nach der Satzart ARZTRG87aKA\_SUM sowie der KV-spezifischen Abstufungsquote. Das Ergebnis erhöht den vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals.
- e. Gemäß 402. Beschluss des Bewertungsausschusses erfolgt für das 1. bis 4. Quartal 2018 eine basiswirksame Erhöhung des Behandlungsbedarfs je Quartal um 1.548.238 EUR unter Verwendung des regionalen Punktwertes des Jahres 2018 für die Überführung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen nach den GOPen 03060 bis 03065.
- f. Gemäß 416. Beschluss des Bewertungsausschusses erfolgt ab dem 2. Quartal 2018 eine basiswirksame Ausgliederung der GOP 01611 EBM (Verordnung von Rehabilitation). Dazu werden die Leistungsmengen der GOP nach regionaler EURO-Gebührenordnung der Satzart ARZTRG87aKA\_SUM des Vorjahresquartals entnommen, mit einer Abstufungsquote von „eins“ multipliziert und durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals dividiert.

Das Ergebnis mindert den vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals.

- g. Gemäß 45. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses i. V. m. dem 416. Beschluss des Bewertungsausschusses erfolgt ab dem 2. Quartal 2018 die basiswirksame Eingliederung der GOP 30800 nach den Leistungsmengen nach regionaler EUR-Gebührenordnung der Satzart ARZTRG87aKA\_SUM des Vorjahresquartals mit Abstaffelungsquote 1.
  - h. Gemäß 54. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses erfolgt ab dem 3. Quartal 2018 eine basiswirksame Erhöhung der MGV zur Finanzierung des Mehrbedarfs der GOPen 32151, 32720 bis 32727, 32750, 32759 bis 32763, 32772 und 32773 EBM (Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie). Der vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals wird je Quartal um 728.838 Punkte erhöht.
  - i. Gemäß 417. Beschluss des Bewertungsausschusses erfolgt ab dem 4. Quartal 2018 eine basiswirksame Erhöhung der MGV zur Finanzierung des Mehrbedarfs der GOP 01624 EBM (Mutter-/ Vater-Kind-Kuren). Der vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals wird je Quartal um 242.656 Punkte erhöht.
  - j. Gemäß 423. Beschluss des Bewertungsausschusses erfolgt ab dem 4. Quartal 2018 eine basiswirksame Erhöhung der MGV zur Finanzierung des Mehrbedarfs für die Aufnahme der Gebührenordnungsposition 19317 EBM (Grading und immunhistochemische Bestimmung des Rezeptorstatus im Mammographie-Screening). Der vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals wird je Quartal um 72.379 Punkte erhöht.
- (8) Gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V i. V. m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung Punkt 2.2.2 wird der nach Abs. 7 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) nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung aufgeteilt.  
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.
- (9) Hat eine Krankenkasse vom Bereinigungsverzicht für Selektivverträge Gebrauch gemacht, so kann nach Aufteilung gemäß dem 383. Beschluss des Bewertungsausschusses Punkt 2.2.2 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 EURO je Vertrag und Krankenkasse je Quartal unterschritten ist. Wird der Schwellenwert überschritten, erfolgt eine Zusetzung.
- (10) Der nach Abs. 9 festgestellte Behandlungsbedarf wird für die Ermittlung des quartalsweisen Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB V i. V. m. dem 383. Beschluss des Bewertungsausschusses Punkt 2.2.3 um die Zahl der Versicherten der jeweiligen Krankenkasse mit Wohnort im Bereich der KV Sachsen angepasst. Dafür wird der aufgeteilte Behandlungsbedarf nach Abs. 9 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.
- (11) Gemäß dem 383. Beschluss des Bewertungsausschusses Punkt 2.2.3 sind die in 2016 ermittelten Ausgliederungsbeträge (2015) gemäß dem 43. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses, geändert durch den 380. Beschluss des Bewertungsausschusses für die psychotherapeutischen Leistungen des Abschnitts 35.2 des EBM um die Veränderungsrate der MGV vom jeweiligen Quartal des Jahres 2015 bis zum Vorjahresquartal nach § 2a Abs. 14 der MGV-Vereinbarung 2016/2017, weiterer regional vereinbarter Anpassungen und um die Veränderung der Versichertenzahl von 2016 zum jeweils aktuellen Abrechnungsquartal fortzuentwickeln sowie vom Aufsatzwert basiswirksam zu subtrahieren.
  - (12) Es ergibt sich aus den Abs. 2 bis 11 der kassenspezifische Aufsatzwert für das jeweilige Quartal des aktuellen Jahres.
  - (13) Der kassenspezifische Aufsatzwert nach Abs. 12 wird nach dem 383. Beschluss des Bewertungsausschusses Punkt 2.2.4 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 basiswirksam um 0,6662 % gesteigert. Die morbiditätsbedingte Veränderungsrate ergibt sich aus der Wichtung 50:50 der diagnose- und demografiebezogenen Veränderungsrate.
  - (14) Nach der Feststellung des Behandlungsbedarfs nach Abs. 13 sind nach dem 383. Beschluss des Bewertungsausschusses Punkt 2.2.4 die vertragsübergreifenden Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten der Krankenkasse multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenzahl im Vorjahresquartal zu addieren.
  - (15) Zudem erfolgt gemäß dem 383. Beschluss des Bewertungsausschusses Punkt 2.2.4 eine basiswirksame Differenzbereinigung für Neueinschreiber 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. 14 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.
  - (16) 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.
  - (17) 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.
  - (18) Die nach Abs. 17 ermittelten quartalsbezogenen Gesamtbehandlungsbedarfe für alle Versicherten mit Wohnort in Sachsen werden auf eine Stelle nach dem Komma kaufmännisch gerundet und in Punkten ausgewiesen. Dieser Gesamtbehandlungsbedarf wird jeweils mit dem regionalen Punktwert gemäß Teil 2 § 1 multipliziert und ergibt die

morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Quartal des aktuellen Jahres, die auf zwei Stellen nach dem Komma kaufmännisch gerundet wird. Der Ausweis der Summe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die GKV erfolgt je Quartal im Schritt 3 der Behandlungsbedarfsberechnungen. Des Weiteren werden die kassenspezifischen MGV-Anteile in Prozent ausgewiesen.

- (19) Die Bereinigung von konventionellen Versandkosten 2018 aufgrund der Einführung von eArztbriefen wird im Jahr 2019 mit der Differenzkürzung durchgeführt.
- (20) 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.
- (21) Um die Weiterentwicklung der MGV für das Fördervolumen nachrichtlich auszuweisen, erfolgt eine quartalspezifische Berechnung der Gesamtsteigerungsrate der GKV-MGV des aktuellen Quartals zum Vorjahresquartal. Diese Gesamtsteigerungsrate wird mit dem GKV-Betrag des Fördervolumens des Vorjahresquartals multipliziert und ergibt das weiterentwickelte GKV-Fördervolumen des aktuellen Quartals.
- (22) 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 ein Leerschema des Schrittes 3 für die kassenspezifischen Werte inkl. des informativen Ausweises der quartalsweisen Höhe des Anteils der LVSK am Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V zur rechnerischen Jahreswertermittlung und des weiterentwickelten Fördervolumens nach Abs. 21. Nach Aktualisierung wird die Anlage 1 je Quartal nach einvernehmlicher Abstimmung der GKV-Werte zwischen den Vertragspartnern ausgetauscht.

## § 2b

### **Festsetzung der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2019**

- (1) Gemäß dem 383. Beschluss des Bewertungsausschusses Punkt 2.2.1.1 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. Weiterhin werden die von den Krankenkassen gelieferten Versichertenzahlen der Satzart **ANZVER87a** gemäß 383. Beschluss des Bewertungsausschusses 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.
- (2a) Für die Ermittlung der nachfolgenden Punktmengen, die in die MGV ein- bzw. auszugliedern sind, sind nach dem 383. Beschluss des Bewertungsausschusses Punkt 2.2.1.2 die Daten der Satzart **ARZTRG87aKA\_SUM** jeweils mit MGV-Kennzeichen „2“ bzw. „1“ des jeweiligen Quartals des jeweiligen Vorjahres zu verwenden. Die ein- bzw. auszugliedernden Punktmengen ergeben sich, in dem die Werte Leistungsbedarf nach

EURO-Gebührenordnung des jeweiligen Vorjahresquartals durch den Punktwert des Vorjahresquartals dividiert werden. Auf diese festgestellte Punktmenge wird die jeweils festzulegende Abstufungsquote angewandt. Für die KV-spezifische Abstufungsquote gilt, dass diese ermittelt wird, in dem der vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal (aus den Daten der Satzart **KASSRG87aMGV\_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 EURO-Gebührenordnung in der Wohnort-KV im Vorjahresquartal in Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Vorjahresquartal. Die KV-spezifische Abstufungsquote wird kaufmännisch auf 4 Stellen nach dem Komma gerundet.

- (2b) Für die im Zusammenhang mit der Ermittlung der Bereinigungsbeträge zu verwendende Quote für die Bereinigung von Selektivverträgen nach Punkt 3.2.3 (Beschluss des Bewertungsausschusses in der 333./383. Sitzung) erfolgt die Ermittlung in Schritt 1. Die Quote wird kaufmännisch auf 4 Stellen nach dem Komma gerundet.
- (2c) Für die im Zusammenhang mit der Ermittlung der ASV-Bereinigung zu verwendende Quote erfolgt in Schritt 1 die Ermittlung gemäß Punkt 7.1 der 420. BA Sitzung (ab 1/2018) i. V. m. Teil 5 § 6 Abs. 2 b.
- (3) Von dem nach Abs. 1 festgestellte Behandlungsbedarf wird die gemäß Punkt 2.2.1.3 des 383. Beschlusses des Bewertungsausschusses 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.
- (4) Gemäß dem 383. Beschluss des Bewertungsausschusses Punkt 2.2.1.3 ist der nach Abs. 3 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 372. Beschlusses des Bewertungsausschusses verzichtet haben.
- (5) a. Gemäß 416. Beschluss des Bewertungsausschusses erfolgt im 1. Quartal 2019 eine basiswirksame Ausgliederung der GOP 01611 EBM (Verordnung von Rehabilitation). Dazu werden die Leistungsmengen der GOP nach regionaler EURO-Gebührenordnung der Satzart ARZTRG87aKA\_SUM des Vorjahresquartals entnommen, mit einer Abstufungsquote von „eins“ multipliziert und durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals dividiert. Das Ergebnis mindert den vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals.
- b. Gemäß 45. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses i. V. m. dem 416. Beschluss des Bewertungsausschusses erfolgt im 1. Quartal 2019 die basiswirksame Eingliederung der GOP 30800 nach den Leistungsmengen nach regionaler EUR-Gebührenordnung der Satzart ARZTRG87aKA\_SUM des Vorjahresquartals mit Abstufungsquote 1.
- c. Gemäß 54. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses erfolgt bis 2. Quartal 2019 eine basiswirksame Erhöhung der MGV zur Finanzierung des Mehrbedarfs der GOPen 32151, 32720 bis 32727, 32750, 32759 bis 32763, 32772 und 32773 EBM (Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie). Der vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals wird je Quartal um 728.838 Punkte erhöht.

- d. Gemäß 417. Beschluss des Bewertungsausschusses erfolgt bis 3. Quartal 2019 eine basiswirksame Erhöhung der MGV zur Finanzierung des Mehrbedarfs der GOP 01624 EBM (Mutter-/Vater-Kind-Kuren). Der vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals wird je Quartal um 242.656 Punkte erhöht.
  - e. Gemäß 423. Beschluss des Bewertungsausschusses erfolgt bis 3. Quartal 2019 eine basiswirksame Erhöhung der MGV zur Finanzierung des Mehrbedarfs für die Aufnahme der Gebührenordnungsposition 19317 EBM (Grading und immunhistochemische Bestimmung des Rezeptorstatus im Mammographie-Screening). Der vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals wird je Quartal um 72.379 Punkte erhöht.
  - f. Gemäß 407. Beschluss des Bewertungsausschusses erfolgt vom 1. bis 4. Quartal 2019 die Eingliederung der psychotherapeutischen Gesprächsleistungen der GOPen 22220 und 23220 EBM nach den Leistungsmengen der regionalen EUR-Gebührenordnung der Satzart ARZTRG87aKA\_SUM des jeweiligen Vorjahresquartals geteilt durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals unter Beachtung der KV-spezifischen Abstufungsquote des Vorjahresquartals gemäß Abs. 2a.
  - g. Gemäß 408. Beschluss des Bewertungsausschusses erfolgt ab 4. Quartal 2019 die Eingliederung der palliativmedizinischen Leistungen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM nach den Leistungsmengen der regionalen EUR-Gebührenordnung der Satzart ARZTRG87aKA\_SUM des jeweiligen Vorjahresquartals geteilt durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals unter Beachtung der KV-spezifischen Abstufungsquote des Vorjahresquartals gemäß Abs. 2a.
  - h. Gemäß 430. Beschluss des Bewertungsausschusses erfolgt ab 1. Quartal 2019 eine basiswirksame Erhöhung der MGV im Zusammenhang mit der Neubewertung der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 34600 (Osteodensitometrie). Der Erhöhungsbetrag ergibt sich für jedes Quartal des Jahres 2019 durch Multiplikation der Häufigkeit der entsprechenden Gebührenordnungsposition im jeweiligen Vorjahresquartal mit 107 Punkten.
- (6) Gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V i. V. m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung Punkt 2.2.2 wird der nach Abs. 5 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) nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung aufgeteilt.  
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.
- (7) Hat eine Krankenkasse vom Bereinigungsverzicht für Selektivverträge Gebrauch gemacht, so kann nach Aufteilung gemäß dem 383. Beschluss des Bewertungsausschusses Punkt 2.2.2 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 EURO je Vertrag und Krankenkasse je Quartal unterschritten ist. Wird der Schwellwert überschritten, erfolgt eine Zusetzung.
- (8) Der nach Abs. 7 festgestellte Behandlungsbedarf wird für die Ermittlung des quartalsweisen Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB V i. V. m. dem 383. Beschluss des Bewertungsausschusses Punkt 2.2.3 um die Zahl der Versicherten der jeweiligen Krankenkasse mit Wohnort im Bereich der KV Sachsen angepasst. Dafür wird der aufgeteilte Behandlungsbedarf nach Abs. 7 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.
  - (9) Gemäß dem 43. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses, geändert durch den 380. Beschluss des Bewertungsausschusses für die psychotherapeutischen Leistungen des Abschnitts 35.2 des EBM sind die in der Behandlungsbedarfsberechnung ausgewiesenen krankenkassenspezifischen Ausgliederungsbeträge des Jahres 2018 durch die Versichertenzahl der Quartale des Jahres 2016 zu teilen und mit der Versichertenzahl der Quartale des Jahres 2019 zu multiplizieren. Dieser Wert wird mit dem Faktor 0,18 multipliziert und basiswirksam zum krankenkassenspezifischen Aufsatzwert addiert.
  - (10) Es ergibt sich aus den Abs. 2 bis 9 der kassenspezifische Aufsatzwert für das jeweilige Quartal des aktuellen Jahres.
  - (11) Der kassenspezifische Aufsatzwert nach Abs. 10 wird nach dem 430. 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 0,4195% basiswirksam gesteigert. Die morbiditätsbedingte Veränderungsrate ergibt sich aus der Wichtung 50:50 der diagnose- und demografiebezogenen Veränderungsraten.
  - (12) Nach der Feststellung des Behandlungsbedarfs nach Abs. 11 sind nach dem 383. Beschluss des Bewertungsausschusses Punkt 2.2.4 die vertragsübergreifenden Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten der Krankenkasse multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenzahl im Vorjahresquartal zu addieren.
  - (13) Zudem erfolgt gemäß dem 383. Beschluss des Bewertungsausschusses Punkt 2.2.4 eine basiswirksame Differenzbereinigung für Neueinschreiber 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. 12 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.
  - (14) 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.

- (15) 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.
- (16) Die nach Abs. 15 ermittelten quartalsbezogenen Gesamtbehandlungsbedarfe für alle Versicherten mit Wohnort in Sachsen werden auf eine Stelle nach dem Komma kaufmännisch gerundet und in Punkten ausgewiesen. Dieser Gesamtbehandlungsbedarf wird jeweils mit dem regionalen Punktwert gemäß Teil 2 § 1 multipliziert und ergibt die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Quartal des aktuellen Jahres, die auf zwei Stellen nach dem Komma kaufmännisch gerundet wird. Der Ausweis der Summe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die GKV erfolgt je Quartal im Schritt 3 der Behandlungsbedarfsberechnungen. Des Weiteren werden die kassenspezifischen MGV-Anteile in Prozent ausgewiesen.
- (17) Die Bereinigung konventioneller Versandkosten 2018 und 2019 aufgrund der Einführung von eArztbriefen erfolgt nach Beschlussfassung und Ermittlung der KV-spezifischen Beträge.
- (18) 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.
- (19) Um die Weiterentwicklung der MGV für das Fördervolumen nachrichtlich auszuweisen, erfolgt eine quartalspezifische Berechnung der Gesamtsteigerungsrate der GKV-MGV des aktuellen Quartals zum Vorjahresquartal. Diese Gesamtsteigerungsrate wird mit dem GKV-Betrag des Fördervolumens des Vorjahresquartals multipliziert und ergibt das weiterentwickelte GKV-Fördervolumen des aktuellen Quartals.
- (20) 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 ein Leerschema des Schrittes 3 für die kassenspezifischen Werte inkl. des informativen Ausweises der quartalsweisen Höhe des Anteils der LVSK am Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V zur rechnerischen Jahreswertermittlung und des weiterentwickelten Fördervolumens nach Abs. 18. 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) Die Leistungen gemäß Anlagen 2 und 3a werden im Vertragszeitraum außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach der SGO vergütet.
- (2) Die Förderungen nach § 2 Abs. 2 bis 6 der Anlage 1 zu Teil 2 werden von den Krankenkassen zusätzlich zu der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt.

### **§ 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**

### **Honorarkürzung der KV Sachsen aufgrund fehlender Fortbildungsnachweise gemäß § 95d Abs. 3 Satz 3 SGB V**

Durch die KV Sachsen wird die Honorarkürzung der betreffenden Ärzte 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.

## **§ 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 EURO-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 EURO-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) Für bereichsfremde Versicherte werden die Leistungen des § 2 Abs. 1 Anlage 1 Teil 2 von den jeweiligen KV-Bereichen mit dem Kennzeichen „1“ (innerbudgetär) abgefordert. Damit ist sichergestellt, dass für bereichsfremde Versicherte für diese Leistungen keine zusätzlichen Zahlungen über das innerbudgetäre Fördervolumen nach Teil 2 Anlage 1 § 2 Abs. 1 anfallen.
- (7) Der Nachweis der betreffenden Leistungen erfolgt gemäß der jeweils gültigen Formblattrichtlinie. Sofern erforderlich, übermittelt die KV Sachsen spätestens mit dem Rechnungsbrief ergänzende Leistungsstatistiken.
- (8) 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**

### **Anrechnung von Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen**

- (1) Für die Anzahl der Versicherten, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt haben, mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Sätze 5 und 6 SGB V, wird eine Verrechnung des Behandlungsbedarfs je Versicherten gemäß Teil 3 §§ 2a und 2b i. V. m. Teil 4 mit der Gesamtvergütung durchgeführt, sofern
  - a) diese Versicherten spätestens bis zum 15. des zweiten Monats im betreffenden Quartal des Vertragsjahres Kostenerstattung gewählt haben und nicht bereits im betreffenden Quartal 2008 Kostenerstattung gewählt hatten,
  - b) für diese Versicherten im Vorjahresquartal keine Kostenerstattung/Verrechnung des Behandlungsbedarfs durch die KVS erfolgte und
  - c) diese Versicherten keine Krankenbehandlungen und Leistungen der MGV unter Vorlage der eGK als Sachleistung im entsprechenden Quartal des Jahres bei einem Vertragsarzt in Anspruch nahmen.

Die Krankenkassen melden die Versicherten mit Name, Vorname, Krankenversicherungsnummer, Beginn und Ende der Wahl der Kostenerstattung je Quartal als maschinenlesbare Datei an die KV Sachsen.

- (2) Für Versicherte, die dennoch Krankenbehandlungen innerhalb der MGV als Sachleistungen unter Vorlage der eGK bei einem Vertragsarzt in Anspruch nehmen, erfolgt keine Verrechnung des Behandlungsbedarfs.
- (3) Der Ausweis der Abzüge für Kostenerstattung erfolgt im Formblatt 3 in einem separaten Vorgang im Folgequartal. Die KV Sachsen übermittelt der Krankenkasse einen Nachweis über die Versicherten nach Abs. 2.
- (4) Diese Regelung gilt auch für Angebote der Vollversorgung gemäß § 53 Abs. 4 SGB V.
- (5) Bei Teilversorgungsangeboten verständigen sich die KV Sachsen und der betreffende Landesverband/Landesvertretung bzw. die betreffende Krankenkasse bilateral.
- (6) Abweichende kassenspezifische Regelungen können in Teil 4 der Vereinbarung bzw. im Gesamtvertrag getroffen oder bestehende Regelungen fortgeführt werden.



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

Abschlags- und Restzahlungen werden kassenartenindividuell in Teil 4 der Vereinbarung abschließend geregelt.

## **§ 9 Terminvermittlungsstelle**

- (1) Die KV Sachsen hat eine Terminvermittlungsstelle für Patienten des fachärztlichen Versorgungsbereiches bei Vorliegen einer qualifizierten Überweisung gemäß den gesetzlichen Vorgaben eingerichtet. Ausgenommen von der Überweisungspflicht sind Vermittlungsgesuche zu Fachärzten für Augenheilkunde, zu Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie ab 1. April 2017 zu Psychotherapeuten. Hierzu vereinbaren die Vertragspartner das Folgende:
  - Es werden folgende Kategorien zur Kennzeichnung der Dringlichkeit der fachärztlichen Weiterbehandlung vereinbart:
    - A – unverzügliche Behandlung ist medizinisch erforderlich
    - B – Behandlung binnen 4 Wochen
    - C – Behandlungsnotwendigkeit länger als 4 Wochen.
  - Es erfolgt eine Vermittlung von Terminen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben.
  - Die Patienten erhalten grundsätzlich nach max. 1 Woche eine Rückmeldung zu ihrem Termingesuch. Die KV Sachsen stellt sicher, dass grundsätzlich jede qualifizierte Anfrage vermittelt wird. Im Einzelfall stimmen sich die Vertragspartner hierzu ab.
- (2) Die Erreichbarkeit der Terminvermittlungsstelle wird von der KV Sachsen auf Ihrer Homepage mit aktuellem Stand veröffentlicht. Änderungen sind den gesetzlichen Krankenkassen vorab zu übermitteln.
- (3) Die überweisenden Ärzte kennzeichnen die Überweisungen entsprechend den in Absatz 1 genannten Kategorien. Näheres regeln die Abrechnungshinweise der KV Sachsen.
- (4) Die Vertragspartner vereinbaren eine quartalsweise GKV-Gesamtübersicht zur Terminvermittlungsstelle entsprechend der Anlage zur Richtlinie § 75 Abs. 7 Nr. 1 SGB V i.V.m. § 9 Abs. 1 Anlage 28 zum BMV-Ä, die den LVSK zwei Quartale nach Ende des Abrechnungsquartals übermittelt wird.  
Versichertenbeschwerden zur Terminvermittlungsstelle 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 sowie der Vereinbarung über das Formblatt 3.

- (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.
- (4) Auf politischer Ebene bemühen sich die Vertragspartner um eine Einbeziehung der EGV-Vergütung in die Berechnungsbasis des Strukturfonds.
- (5) Die Vertragspartner sondieren weitere Spielräume für Sicherstellungsmaßnahmen auf Basis der vorhandenen gesetzlichen Regelungen.

## **Anlage 1 zu Teil 3**

### **Berechnungsschema für die Ermittlung des vereinbarten Behandlungsbedarfs der Quartale der Jahre 2018 und 2019**

Wird von den Vertragspartnern abgestimmt.

## Anlage 2 zu Teil 3

### **Außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütete Leistungen**

Folgende Leistungen werden außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet:

1. regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen,
2. belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36 EBM, die GOPen 13311, 17370 EBM und Geburtshilfe (GOPen 08410 bis 08416 EBM) sowie die weiteren enthaltenen Leistungen in der regionalen Belegarztvereinbarung Sachsen. Die in der Belegarztvereinbarung geregelten Leistungen sind Bestandteil dieser Vereinbarung. Sofern die Belegarztvereinbarung Regelungen enthält, die von den Regelungen des vorliegenden Vertrags abweichen, sind sich die KV Sachsen und die LVSK einig, dass die Regelungen der Belegarztvereinbarung Vorrang haben.
3. Leistungen des Kapitels 31 EBM sowie die GOPen 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520 EBM,
4. Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 EBM, darunter die Leistungen des Mammographiescreenings außerhalb der oben genannten Abschnitte (Abschnitt 40.16 EBM) sowie die GOPen 32880 bis 32882 und 01704, 01705, 01706 EBM (Neugeborenen-Hörscreening) sowie die GOPen 01702 und 01703 EBM (Pulsoxymetrie-Screening von Neugeborenen),
5. Durchführung von Vakuumstanzbiopsien (GOPen 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855 EBM),
6. Strahlentherapie (Kapitel 25 EBM und GOPen 40840 und 40841 EBM),
7. Phototherapeutische Keratektomie (GOPen 31362, 31734, 31735, 40680 EBM),
8. Leistungen der künstlichen Befruchtung  
bis 31. März 2019: GOPen 01510X bis 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510X, 08530X, 08531X, 08540X bis 08542X, 08550X bis 08552X, 08560X, 08561X, 08570X bis 08574X, 11301X, 11302X, 11351X, 11352X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X und 36822X EBM,  
  
ab 1. April 2019: GOPen 01510X bis 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510X, 08530X, 08531X, 08540X bis 08542X, 08550X bis 08552X, 08560X, 08561X, 08575X, 08576X, 11301X, 11302X, 11351X, 11352X, 11501X bis 11503X, 11506X, 11508X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X und 36822X EBM.  
  
Die Leistungen der künstlichen Befruchtung werden von der KV Sachsen im Formblatt 3 mit einem X gekennzeichnet und mit einem Anteil in Höhe von 50 % der EBM-Bewertung ausgewiesen.
9. Substitutionsbehandlung (GOPen 01950 bis 01952 EBM) sowie die diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger (GOPen 01955 und 01956 EBM) sowie die GOPen 01949 und 01960 EBM zur Substitutionsbehandlung im Rahmen der Take-Home-Vergabe sowie konsiliarischen Untersuchung und Beratung im Rahmen des Konsiliari- usverfahrens,

10. Honorierung der Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten gemäß Abschnitt 30.10 EBM (GOPen 30920, 30922 und 30924 EBM),
11. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren des Abschnitts 40.14 EBM,
12. Kostenpauschale nach § 6 Abs. 2 i. V. m. Anlage 2 der bundesweiten Sozialpsychiatrievereinbarung,
13. Balneophototherapie (GOP 10350 EBM),
14. Bestimmung von Varicella-Zoster-Antikörper im Rahmen der Empfängnisregelung (GOP 01833 EBM),
15. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (GOPen 01425 und 01426 EBM),
16. Leistungen des Abschnitts 30.12 EBM (Diagnostik und ambulante Eradikationstherapie von Trägern mit MRSA (GOPen 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956 (mit Höchstwerten (30960 und 30961)) EBM),
17. Neuropsychologische Therapie (GOPen 30930 bis 30937 (mit Höchstwerten) EBM)
18. Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus (GOPen 32821 und 32822 EBM),
19. antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen des Abschnittes 35.2 EBM aller Ärzte und Psychotherapeuten,
20. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (GOPen 35205, 35208 und 35212 EBM)
21. Probatorische Sitzungen (GOP 35150P und 35150Q EBM) der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Leistungserbringer,
22. Leistungen der Abschnitte 4.5.4 EBM (GOPen 04560, 04561, 04562, 04564, 04565, 04566, 04572 und 04573 EBM) und 13.3.6 EBM (GOPen 13590 – 13592, 13600, 13601, 13602, 13610, 13611 und 13612, 13620 - 13622 EBM, sowie dazugehörige Sachkosten, entsprechend der bereits bestehenden Sachkostenvereinbarung) sowie der Versichertenpauschalen 04000, 04010, 04040 und 04230 EBM), wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden. Die angegebenen GOPen werden durch ein automatisches Verfahren auf die altersklassenspezifischen Versichertenpauschalen umgesetzt.
23. Leistungen im Rahmen des Screenings auf Gestationsdiabetes (GOPen 01776, 01777 und 01812 EBM),
24. Osteodensitometrische Untersuchung II (GOP 34601 EBM),
25. Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms (GOPen 04528, 04529, 13425 und 13426 EBM),
26. intravitreale Medikamenteneingabe (GOPen 06334, 06335, 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 EBM),
27. Zuschläge zur PFG (GOPen 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222, 27222 des EBM),
28. Zuschlag zur weiterführenden sozialpädiatrisch orientierten Versorgung (GOP 04356 EBM),
29. Kostenpauschale für die Sachkosten, die im Rahmen des Umgangs, der Beschaffung und Lagerung sowie der Materialverwaltung, der Abfallbeseitigung und Entsorgung gemäß Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) sowie dem Gesetz über den Verkehr mit

- Arzneimitteln (AMG) im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der GOP 17372 bei Verwendung von Radium-223-dichlorid entstehen (GOP 40582 EBM),
30. Leistungen im Zusammenhang mit der Einführung der Positronenemissionstomographie (PET) und der Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT): Abschnitt 34.7 EBM sowie die Kostenpauschale 40584 EBM,
  31. bis 31. März 2018: Hinzuziehung eines Soziotherapeuten (GOPen 30800 EBM),
  32. bis 31. März 2020: Verordnung von Soziotherapie (GOPen 30810 und 30811 EBM)
  33. ab 1. April 2018 bis 31. März 2020: Verordnung von Rehabilitation (GOP 01611EBM)
  34. Umfangreiche humangenetische Analysen (GOPen 11449 und 11514 EBM), allgemeine Tumorgenetik (Abschnitt 19.4.2 EBM) (befristet bis 30. Juni 2020) sowie Companion Diagnostic (Abschnitt 19.4.4 EBM) (mit Höchstwerten) sowie Companion Diagnostic (GOP 19450 EBM),
  35. spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung (Abschnitt 30.13 EBM),
  36. Humangenetische Gutachten (GOPen 11304, 19406, 32865 und 32911 EBM),
  37. Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen gemäß Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (Kapitel 37 EBM - GOPen 37100, 37102, 37105, 37113 und 37120 EBM),
  38. Delegationsfähige Leistungen (Kapitel 38 EBM - GOPen 38200 und 38205 EBM) sowie die GOPen 38202 und 38207 EBM für delegationsfähige Leistungen, die in der Häuslichkeit des Patienten durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten von bestimmten fachärztlichen Vertragsärzten erbracht werden,
  39. Sachkostenpauschale nach der GOP 40306 EBM,
  40. Medikationskatalog (GOPen 01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701 EBM),
  41. Telekonsile CT und Röntgen: nach Abschnitt 34.8 EBM (GOPen 34800, 34810, 34820 und 34821 EBM),
  42. Videosprechstunde (GOP 01450 EBM),
  43. Zuschlag Kinderneurologie (GOP 04563 EBM),
  44. Glukosemessung (GOPen 03355, 04590 und 13360 EBM),
  45. bis 31. Dezember 2018: Psychotherapeutische Gespräche (GOPen 22220 und 23220 EBM),
  46. Psychotherapeutische Sprechstunde und psychotherapeutische Akutbehandlung einschließlich des Zuschlags (GOPen 35151, 35152 und 35254 EBM),
  47. bis 30. September 2019: Leistungen zur palliativen Versorgung der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM (GOPen 03370, 03371, 03372 und 03373 und 04370, 04371, 04372 und 04373 EBM),
  48. bis 30. September 2019: Leistungen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung des Abschnitts 37.3 EBM (GOPen 37300 bis 37320 EBM),
  49. Epilation mittels Laser (GOPen 02325 bis 02328 EBM),
  50. Verordnung von Cannabis (GOPen 01460, 01461 und 01626 EBM) – die GOPen 01460 und 01461 EBM befristet bis 31. März 2022,

51. HLA-Antikörperdiagnostik (GOPen 32915 bis 32918, 32939 bis 32943 und 32948 bis 32949 EBM),
52. transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin (GOPen 08312, 08313, 26316 und 26317, der Kostenpauschale 40161 sowie der Leistungen der GOPen 08311, 26310 und 26311, die in derselben Sitzung mit den GOPen 08312 oder 26316 erbracht werden),
53. ab 1. Juli 2018 Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie (GOPen 32459, 32774 und 32775 EBM) bis 30. Juni 2021,
54. elektronischer Arztbrief (GOPen 86900, 86901 EBM),
55. Notfalldatenmanagement (GOPen 01640 und 01642) EBM befristet bis 31. Dezember 2023 und GOP 01641 befristet bis 31. Dezember 2020,
56. ab 1. Oktober 2018: Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei koronarer Herzkrankheit (FFR) (GOPen 34298 und 40301 EBM) bis zum 30. September 2020,
57. ab 1. Oktober 2018: Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (GOPen 30210, 30212, 30216 und 30218 EBM),
58. Zuschlag für die Einrichtungsbefragung im Rahmen der Qualitätssicherung zur Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (GOP 01650 EBM),
59. ab 1. Januar 2019: Extrakorporale Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz (GOP 30440 EBM),
60. ab 1. Januar 2019: Versorgungsplanung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V (GOP 37400 EBM).

## Anlage 3a zu Teil 3

### Wegepauschalen

	Abrechnungsziffer	Zone	Erläuterung	Pauschalen
<b>T A G</b>	<b>93220</b>	1	bis 2 km T	4,40 €
	<b>93222</b>	2	2 - 5 km T	7,80 €
	<b>93224</b>	3	5 - 10 km T	11,20 €
	<b>93226</b>	4	10 - 15 km T	13,20 €
	<b>93228</b>	5	15 - 20 km T	15,30 €
	<b>93230</b>	6	20 - 25 km T	17,50 €
	<b>93232</b>	7	25 - 30 km T	19,70 €
	<b>93234</b>	8	30 - 35 km T	21,90 €
	<b>93236</b>	9	ab 35 km T	24,10 €
<b>N A C H T</b>	<b>93221</b>	1	bis 2 km N	9,40 €
	<b>93223</b>	2	2 - 5 km N	12,80 €
	<b>93225</b>	3	5 - 10 km N	16,20 €
	<b>93227</b>	4	10 - 15 km N	18,20 €
	<b>93229</b>	5	15 - 20 km N	20,30 €
	<b>93231</b>	6	20 - 25 km N	22,50 €
	<b>93233</b>	7	25 - 30 km N	24,70 €
	<b>93235</b>	8	30 - 35 km N	26,90 €
	<b>93237</b>	9	ab 35 km N	29,10 €

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 3b zu Teil 3

### **Durchführungsvorschriften zur Gewährung des Fahrdienstzuschlags bis zum Inkrafttreten der neuen Bereitschaftsdienstordnung in den jeweiligen Bereichen**

#### **„Fahrdienst im Bereitschaftsdienst“ (Abrechnungsziffer 93251) der von der KVS organisierte oder von der KV Sachsen anerkannte Fahrdienste im Bereitschaftsdienst**

1. Der Zuschlag wird je Wegepauschale bei Benutzung von KV Sachsen-organisierten Fahrdiensten vergütet. Der Zuschlag wird durch das Abrechnungssystem der KV Sachsen zugesetzt.
2. Der Zuschlag wird je Wegepauschale bei Benutzung von arztorganisierten und von der KV Sachsen anerkannten Fahrdiensten vergütet.
3. Die Vergütung durch die KV Sachsen bedarf folgender Voraussetzungen:
  - a) Die Anerkennung von arztorganisierten Fahrdiensten setzt voraus, dass für eine Gruppe von Ärzten in einem oder mehreren Bereitschaftsdienstbereichen ein Dritter aufgrund schriftlicher vertraglicher Regelungen mit wechselseitigen Rechten und Pflichten die Besuche von Vertragsärzten im Bereitschaftsdienst anstelle der eigenverantwortlichen Benutzung privater oder öffentlicher Beförderungsmittel fahrzeug- bzw. fahrerseitig absichert. Der Aufwand für diese Absicherung geht über den Aufwand bei eigenverantwortlicher Benutzung privater oder öffentlicher Beförderungsmittel hinaus.
  - b) Der unter a) genannte Vertrag ist vorzulegen. Der Vertrag muss zum Zeitpunkt der zuschlagsberechtigten Fahrt in Kraft sein, andernfalls sind Rückforderungen zu erheben.
  - c) Erklärung von mindestens 15 Ärzten, Fahrdienste des unter a) genannten Vertrages in Anspruch nehmen zu wollen. Sofern die Gesamtanzahl der Ärzte eines Bereitschaftsdienstbereiches geringer ist, müssen mindestens 75 % aller am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzte des Bereitschaftsdienstbereiches ihr Einverständnis zur Inanspruchnahme am Fahrdienst erklären. Pro Bereitschaftsdienstbereich wird gleichzeitig maximal ein Fahrdienst anerkannt, sofern dieser den gesamten Bereitschaftsdienstbereich umfasst.
  - d) Erteilung einer besonderen Genehmigung für Ärzte, die Fahrdienste aus dem Vertrag in Anspruch nehmen wollen, auf Antrag.
  - e) Angabe der von der KV Sachsen festgelegten Zusatzkennzeichnung bei Abrechnung der Abrechnungsziffer 93251 durch den Fahrdienst in Anspruch nehmenden Arzt.
  - f) Änderungen oder Beendigung des unter a) genannten Vertrages bzw. die Beendigung der Teilnahme an dem unter a) genannten Vertrag sind der KV Sachsen unverzüglich anzuzeigen. Unberechtigt geleistete Vergütungen können zurückgefordert werden.
  - g) Die Zahlung der Fahrdienstzuschläge ist ausgeschlossen, wenn ein von Ärzten organisierter Fahrdienst in einem Bereitschaftsdienstbereich etabliert wird, für den seitens der KV Sachsen bereits ein Fahrdienst organisiert ist, der den gesamten Bereitschaftsdienstbereich umfasst.
  - h) Zu Beginn eines Kalenderjahres ist die Erfüllung der Kriterien durch die KV Sachsen zu überprüfen. Liegen die Kriterien nicht mehr vor, werden ab dem 3. Quartal des Jahres die Fahrdienstzuschläge nicht mehr gezahlt. Die KV Sachsen informiert die Vertragspartner bis zum 31. März des Jahres.

- i) Die Anlage entfällt sukzessive mit Neustrukturierung der Bereitschaftsdienstbereiche im Rahmen der neuen BDO und mit Nutzung der ausschließlich von der KV Sachsen organisierten Fahrdienste.

### Anlage 3c zu Teil 3

### Kennzeichnung der Fahrdienste nur alte BDO

Die Anlage entfällt sukzessive mit Neustrukturierung der Bereitschaftsdienstbereiche im Rahmen der neuen BDO und mit Nutzung der ausschließlich von der KV Sachsen organisierten Fahrdienste

Fahrdienst	Kennzeichnung	Bereitschaftsdienstbereich	Anzahl teilnehmende Ärzte am Fahrdienst	Anzahl Ärzte im Bereitschaftsdienstbereich	Genehmigung ab	Genehmigung bis
Stadt Leipzig	A	allgemeinärztl. Dienst	931	931	01.01.2009	lfd.
Dresden-Freital-Radebeul	B	Dresden-Freital-Radebeul	907	907	01.01.2009	lfd.
Pirna	C	Pirna, links der Elbe	71	71	01.01.2009	lfd.
Dippoldiswalde	D	Dippoldiswalde	53	53	01.01.2009	lfd.
Stadt Chemnitz	E	Chemnitz/Stadt	380	425	01.01.2010	lfd.

Stand März 2018

**Von Ärzten organisierte und von KV Sachsen genehmigte Fahrdienste**

Fahrdienst	Kennzeichnung	Bereitschaftsdienstbereich	Anzahl teilnehmende Ärzte am Fahrdienst	Anzahl Ärzte im Bereitschaftsdienstbereich	Genehmigung ab	Genehmigung bis
Zittau	Z	Zittau	35	69	01.01.2009	lfd.
Neugersdorf/Ebersbach/Seifhennersdorf	Y	Neugersdorf/Ebersbach/Seifhennersdorf	22	42	01.01.2009	lfd.
Wurzen	V	allgemeinärztl. Dienst	40	56	01.01.2009	lfd.
kv-übergreifender Fahrdienst Rettungsambulanz Greiz GmbH	N	KV-übergreifende Dienstgruppe Greiz/Zeulenroda, KV Thüringen	87 (davon sächsische Ärzte: 2)	88	01.04.2009	lfd.
Emergency Zwickau	M	Zwickau/Stadt	78	224	01.10.2009	lfd.
Bautzen-Ost	L	Bautzen-Ost	16	58	01.10.2010	lfd.

Stand März 2018

Es erfolgt die Aktualisierung turnusgemäß zum 31. März eines Jahres.

## 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 – soweit 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). 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 erfolgt ist und ambulant spezialfachärztlich behandelte Patienten 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. Je ASV-Indikation gibt es 16 Bereinigungsquartale.

#### § 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 über einen Zeitraum von 16 Quartalen.

### **§ 4**

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

- (1) Grundlage sind
  - die regionalisierte und indikationsspezifische – ggf. getrennt nach Subspezialisierung – Datenlieferung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 421. Sitzung, Teil A (ANZASV116b\_SUM),
  - der vom Bewertungsausschuss beschlossene KV- und indikationsspezifische Patientenzahl-Höchstwert,
  - 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
  - der vom Bewertungsausschuss beschlossene indikationsspezifische Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten.
- (2) Die tatsächlich zu bereinigende Zahl der ASV-Patienten mit Wohnort in Sachsen wird indikationsspezifisch wie folgt ermittelt:
  - a) In den ersten 12 Quartalen nach Inkrafttreten der Konkretisierung des G-BA zu einer ASV-Indikation wird die Berechnung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung Punkt 5.2 erster Spiegelstrich durchgeführt.
  - b) In den Quartalen 13 ff. nach Inkrafttreten der Konkretisierung des G-BA zu einer ASV-Indikation wird die Berechnung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung Punkt 5.2 zweiter Spiegelstrich durchgeführt.
  - c) Der Wert nach a) bzw. b) wird auf den indikationsspezifischen Patientenzahl-Höchstwert begrenzt und ergibt die bereinigungsrelevante ASV-Patientenzahl des jeweiligen Quartals.

## **§ 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 Veränderungsdaten 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 EURO-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 Veränderungsraten 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) 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.
  - b) Wurden in den Bereinigungsquartalen 2018/1 bis 2018/4 im Vorjahresquartal indikationsspezifische Differenzbereinigungsvolumen in Punkten nach den Vorgaben älterer Beschlüsse als den in der Präambel genannten bestimmt, erfolgt abweichend die Bestimmung der indikationsspezifischen ASV-Differenzbereinigungsmengen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung Ziffer 7.3 Absatz 2 ff.
- (5) Die Bestimmung der indikationsspezifischen ASV-Differenzbereinigungsmengen erfolgt mittels Excel-Rechenschema analog technischem Anhang 1 zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung, ergänzt um die Angabe des verwendeten Datenblattes (A, B, C oder D) und der Datumsangabe der Ermittlung. Es erfolgen keine nachträglichen Neuberechnungen auf Grund von Änderungen der Werte der Quoten nach § 6 Abs. 2 b 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**

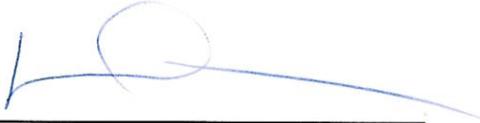
Die Krankenkassen liefern die Satzart ANZASV116b\_LANR quartalsweise für jede spezialfachärztliche Indikation jeweils beginnend mit dem Folgequartal des Signalquartals bis zum Ende des dritten auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats an die KV Sachsen. Die Datenübermittlung zwischen der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

**Anlage: Bereinigungsübersicht je ASV-Indikation**

ASV-Indikation <sup>1</sup>	Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel	Inkrafttreten der Indikation	1. Quartal nach Inkrafttreten	Quartale 1 – 12 nach der ersten Abrechnung	Quartale 13 – 16 nach der ersten Abrechnung	KV-spezifischer Höchstwert der vertragsärztlich behandelten Patienten	Fallwert in Punkten gemäß BA-Beschluss	Aktueller regionaler Fallwert in Punkten gemäß § 5 Abs. 1 Stand:	Umrechnungsfaktor für Patientenzahl alt
Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	2A0100	24.04.2014	3/2014	3/2017 – 2/2020	3/2020 – 2/2021	110	875		1
Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle	1A0100	26.07.2014	4/2014	4/2015 – 3/2018	4/2018 – 3/2019	4.653	2.466	2.466	0,92
Marfan Syndrom	2K0100	30.06.2015	3/2015			180	981		1
Pulmonale Hypertonie	2L0100	01.06.2016	3/2016			127	778		1
Gynäkologische Tumore	1A0200 1A0201 1A0202	10.08.2016	4/2016			7.169	1.699		0,93
Mukoviszidose	2B0100	18.03.2017	2/2017			351	1.117		1

<sup>1</sup> gemäß Anlage 1.1 a ff. des 420. Beschlusses

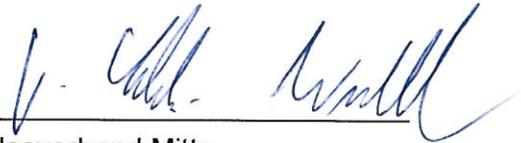
Dresden, den - 7. FEB. 2019



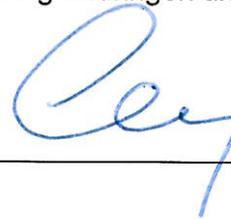
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen



AOK PLUS, zugleich handelnd für die SVLFG  
als Landwirtschaftliche Krankenkasse



BKK Landesverband Mitte  
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen



IKK classic



KNAPPSCHAFT,  
Regionaldirektion Chemnitz



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