

1. Änderungsvereinbarung zum Vertrag nach § 140 a SGB V zur besonderen Versorgung, Delegation ärztlicher Leistungen und Videokonsil in stationären Pflege- einrichtungen

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**

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als
Landwirtschaftliche Krankenkasse**

dem BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19
30173 Hannover

der IKK classic

der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Chemnitz

und den Ersatzkassen
der Techniker Krankenkasse (TK)
der BARMER
der DAK-Gesundheit
der Kaufmännischen Krankenkasse – KKH
der HEK - Hanseatische Krankenkasse

(nachfolgend Krankenkassen)

sowie

der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen
(nachfolgend KV Sachsen)

Die bisherigen Vertragspartner Katharinenhof Wohnpark Haus Quellenhof und Sozialbetriebe Mittleres Erzgebirge gGmbH werden Bestandsbeteiligte.

Glossar/Begriffsdefinitionen

Vertragspartner:	KV Sachsen, vertragsbeteiligte Krankenkassen
GBA:	Gemeinsamer Bundesausschuss
EBM:	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
APK:	Arzt-Patienten-Kontakt
BMV-Ä:	Bundemantelvertrag Ärzte
Leistungserbringer (LE):	vertragsärztlich tätige Haus- und Fachärzte, Pflegeeinrichtungen
Ärzte:	vertragsärztlich tätige Haus- und Fachärzte
TE/EWE:	Teilnahme- und Einwilligungserklärung
Versicherte:	am Vertrag teilnehmende Versicherte/ Patienten/ Heimbewohner gemäß § 6
beteiligte Krankenkassen:	vertragsbeteiligte Krankenkassen und beigetretene Krankenkassen
Ärzte bzw. beteiligte Ärzte:	dem Vertrag als beigetretene Vertragsärzte (vertragsärztlich tätige Haus- und Fachärzte der KVS), gem. Anlage 5b
Videosprechstunde:	Im EBM enthaltene Leistung, die einen Kontakt zwischen Arzt und mindestens einer an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflegefachkraft abbildet, wobei die technischen Vorgaben der Anlage 31b BMV-Ä eingehalten werden müssen.
Videokonsil:	Nicht im EBM abgebildete Leistung, in der ein Kontakt zwischen Haus- und/oder Fachärzten und der Pflegefachkraft und dem zu betreuenden Patienten in einer Pflegeeinrichtung stattfindet. Dabei wird ein Videodienst genutzt, der die technischen Vorgaben der Anlage 31b BMV-Ä erfüllt.
Pflegeeinrichtungen bzw	
beteiligte Pflegeeinrichtungen:	stationäre Leistungserbringer mit Zulassung gemäß § 72 SGB XI, die dem Vertrag gemäß § 3a beigetreten sind, gem. Anlage 6a
Kooperationsvertrag	
LE Pflege/Arzt	Kooperationsvertrag § 119b SGB V
Auftraggeber (Anlage 8):	beteiligte Ärzte, die ihren Vergütungsanspruch an die Pflegeeinrichtung abtreten und den Auftragnehmer (KV Sachsen) beauftragen, die Abrechnung gegenüber Krankenkassen und Pflegeeinrichtung vorzunehmen.
Auftragnehmer (Anlage 8):	KV Sachsen, welche die Abrechnung der Leistungen der Pflegeeinrichtungen für den Auftraggeber (beteiligte Arzt) übernimmt.

Mit dieser Änderungsvereinbarung wird mit Wirkung ab 1. Januar 2023 der Vertrag vom 1. April 2020 in der Fassung seiner Änderungen und Ergänzungen fortgeführt.

Präambel

Die Vertragspartner haben nach der Umsetzung des vorangegangenen Vertrages nach § 140a SGB V in den Modellregionen des gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V in Marienberg und Weißwasser einen hohen Entwicklungs- und Handlungsbedarf bezüglich der Versorgung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen über die Modellregionen hinaus identifiziert. Ausgehend davon soll nun im Freistaat Sachsen, vor allem im ländlichen Raum, eine Ausweitung des Vertrages vorgenommen werden. In den Großstädten Leipzig und Dresden können jeweils nur 5 Pilot-Pflegeeinrichtungen teilnehmen.

Im Rahmen des § 140a SGB V nutzen die Krankenkassen gemeinsam mit der KV Sachsen die Möglichkeit, einen Vertrag zur „Besonderen Versorgung“ zu schließen, um die haus- und fachärztliche Versorgung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI sicherzustellen.

Das Ziel der Vereinbarung besteht darin, den Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen insbesondere in der ländlichen Region eine kontinuierliche und koordinierte Versorgung zu ermöglichen. Im Interesse dieser vernetzten Kooperation werden die ärztlichen Ressourcen in den Pflegeeinrichtungen mittels telemedizinischer Anwendungen und der Delegation ärztlicher Leistungen optimal genutzt und ärztliche Kompetenz nach Bedarf einbezogen. Die enge Zusammenarbeit erhöht die Handlungssicherheit für das Pflegepersonal bei der Versorgung der Versicherten. Der Einsatz von Videokonsilen (per Videodienst) erlaubt gerade in der Langzeitbetreuung, im Entlassmanagement nach Klinikaufenthalt oder bei der Übernahme neuer Heimbewohner eine kurzfristige Abstimmung zwischen Ärzten und Pflegeeinrichtung und ein sofortiges Reagieren.

Für die Versicherten besteht der Vorteil dieser besonderen Versorgung darin, im gewohnten Umfeld verbleiben zu können, weniger belastet zu werden durch Fahrten in die Praxen, eine kontinuierliche Betreuung und schnelle Therapieeinleitung zu erfahren.

§ 1 Vertragsbestandteile

Vertragsbestandteile sind ebenfalls die hier aufgeführten Anlagen, soweit nicht anders vereinbart, in ihrer jeweils aktuellen Fassung:

- **Anlage 1a:** Leistungsbeschreibung Videokonsil
- **Anlage 1b:** Leistungsbeschreibung Delegation ärztlicher Leistungen
- **Anlage 1c:** Musterkooperationsvertrag gemäß § 119b (Anlage 27 zum BMV-Ä) und Musteranlagen Telemedizin und Delegation in der jeweils aktuellen Fassung
- **Anlage 2a:** Beitrittserklärung der Krankenkassen
- **Anlage 2b:** Verzeichnis beteiligter bzw. weiterer beigetretener Krankenkassen
- **Anlage 3:** Vergütung
- **Anlage 4a:** kassenspezifische Teilnahme- und Einwilligungserklärungen
- **Anlage 4b:** Muster einer Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten/gesetzlichen Vertreters sowie Muster einer Versicherteninformation zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- **Anlage 4c:** Übersicht über kassenspezifische Einschreibe- und Übermittlungsverfahren (TE/EWE)
- **Anlage 5a:** Beitrittserklärung der Ärzte

- **Anlage 5b:** Verzeichnis der beigetretenen Ärzte
- **Anlage 6a:** Beitrittserklärung der Pflegeeinrichtungen
- **Anlage 6b:** Verzeichnis der beteiligten bzw. beigetretenen Pflegeeinrichtungen
- **Anlage 7:** Dokumentation der Delegationsleistungen durch die Pflegeeinrichtung
- **Anlage 8:** Abrechnungsvereinbarung mit den Pflegeeinrichtungen

§ 2 Versorgungsauftrag und Ziele

- (1) Dieser Vertrag regelt im Rahmen der besonderen Versorgung einen die vertragsärztliche Versorgung ergänzenden besonderen ambulanten ärztlichen Versorgungsauftrag der teilnehmenden Vertragsärzte (Ärzte) in Form des Videokonsils mittels Videodienst gemäß **Anlage 1a** und die Delegation von ärztlichen Leistungen an ausgewählte Pflegefachkräfte der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen gemäß **Anlage 1b** für die an diesem Versorgungsangebot gemäß § 6 teilnehmenden Versicherten (im Folgenden "Versicherte"). Dieser Versorgungsauftrag umfasst die kooperative und koordinierte ärztliche Versorgung von Versicherten in Pflegeeinrichtungen.
- (2) Die in diesem Vertrag geregelten Leistungen tragen dafür Sorge, dass haus- und fachärztliche Behandlungskapazitäten in den Pflegeeinrichtungen zur Verfügung stehen und eine bedarfsgerechte Krankenbetreuung der Patienten nach SGB V erfolgt. Die Kooperation ist auch darauf gerichtet, die Inanspruchnahme von Leistungen des Bereitschafts- und des Rettungsdienstes, vermeidbare Krankenhausaufenthalte einschließlich Krankentransporte sowie den damit verbundenen Aufwand zu reduzieren. Die beteiligten Ärzte und Pflegeeinrichtungen bedienen sich dabei des Videokonsils mittels Videodienst sowie der Delegation ärztlicher Leistungen an ausgewählte Pflegefachkräfte in den beteiligten Pflegeeinrichtungen nach den Maßgaben dieses Vertrages. In diesem Sinn wirken Ärzte und Pflegeeinrichtung für die Versorgung der Versicherten zusammen. Der enge Kontakt von Pflegepersonal und Haus- und Fachärzten mittels Videokonsil verschafft den Pflegefachkräften höhere Handlungssicherheit bei der Betreuung der Patienten. Voraussetzung ist ein Kooperationsvertrag gemäß § 119b SGB V zwischen den jeweiligen beigetretenen Ärzten und den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen.
- (3) Die enge Abstimmung zwischen behandelnden Ärzten und Pflegeeinrichtungen stellt einen wichtigen Baustein der intersektoralen Betreuung dar. Das Videokonsil mittels Videodienst ist ein Instrument, die haus- und fachärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen sicherzustellen, die Vernetzung der Professionen zu unterstützen und den Behandlungsprozess optimal für den Patienten zu gestalten.
- (4) In Ergänzung zur Regelversorgung gelten folgende Leistungen im Rahmen des besonderen Versorgungsauftrages:
 - zusätzliche Delegationsleistungen zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie: Blutentnahmen, Quick-/ INR-Wert-Bestimmung, transurethrale Dauerkatheter beim Mann, Entfernung von Fäden oder Klammern bei Wunden, Injektionen i.v. / Schutzimpfungen
 - Übernahme der Regelungen Videofallkonferenz und Technikzuschlag (Begrenzungen entsprechend Regelversorgung) bei Einsatz des Videokonsils mittels Videodienst abweichend zum EBM: Videokonsile max. 3 mal im Behandlungsfall
 - Regelungen des EBM und des besonderen Versorgungsauftrages für Videokonsile Videodienst gelten entsprechend
- (5) Die beteiligten Ärzte sowie die beteiligten Pflegeeinrichtungen stellen sicher, dass die in diesem Vertrag vereinbarten Leistungen vollumfänglich erbracht werden. Sollten die persönlichen und versicherungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen für die Teilnahme der

Versicherten nicht erfüllt werden, dürfen die Leistungen nach diesem Vertrag nicht zu Lasten der beteiligten Krankenkassen erbracht und abgerechnet werden.

- (6) Soweit nichts Abweichendes vereinbart wird, stellen die beteiligten Ärzte sicher, dass die für die vertragsärztliche Versorgung geltenden berufsrechtlichen und vertragsarztrechtlichen Verpflichtungen, insbesondere die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) sowie die im BMV-Ä enthaltenden Verpflichtungen auch im Rahmen der Versorgung nach diesem Vertrag eingehalten werden.
- (7) Die beteiligten Ärzte sowie die beteiligten Pflegeeinrichtungen gewährleisten eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten, einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen. Das betrifft auch die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit über diesen Vertrag hinaus.
- (8) Die beteiligten Ärzte sowie die beteiligten Pflegeeinrichtungen übernehmen die Gewähr dafür, dass eine qualitätsgesicherte, wirksame und ausreichende, zweckmäßige sowie wirtschaftliche Versorgung der Versicherten sichergestellt wird.

§ 3a Teilnahme der Pflegeeinrichtungen

- (1) An diesem Vertrag können stationäre Pflegeeinrichtungen mit Zulassung gemäß § 72 SGB XI durch Abgabe ihrer Beitrittserklärung gemäß **Anlage 6a** teilnehmen. In den Großstädten Dresden und Leipzig soll die Teilnehmerzahl auf jeweils nur 5 Pflegeeinrichtungen (Piloten) beschränkt werden. Über die Auswahl der Piloten entscheidet die KV Sachsen nach Eingangsdatum, wenn die entsprechenden Teilnahmeerklärungen und Voraussetzungen (Pflegeeinrichtung/Arzt) vollständig vorliegen. Voraussetzung für die Teilnahme ist mindestens ein teilnehmender Arzt, der seine Teilnahme gem. § 3b in Kooperation mit der Pflegeeinrichtung erklärt sowie ein Kooperationsvertrag gemäß § 119b SGB V zwischen den jeweiligen Ärzten und der Pflegeeinrichtung. Der beabsichtigte Beitritt der Pflegeeinrichtung sowie mindestens eines koordinierenden und/oder kooperierenden Arztes erfolgt im Rahmen einer gemeinsamen Erklärung gegenüber der KV Sachsen gemäß **Anlagen 5a und 6a**. Die KV Sachsen bestätigt die Teilnahme. Die beteiligten Pflegeeinrichtungen werden in **Anlage 6b** aufgeführt. Der Beitritt muss spätestens bis 2 Wochen vor Ende des Quartals für das darauffolgende Quartal erfolgen und den Vertragspartnern bekanntgegeben werden.
- (2) Die beteiligten Pflegeeinrichtungen verpflichten sich, die Regelungen dieser Vereinbarung anzuerkennen und einzuhalten.
- (3) Beteiligte Pflegeeinrichtungen können die Beendigung ihre Teilnahme mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KV Sachsen erklären. Sollte mit der Beendigung der Teilnahme die Voraussetzungen für den betreuenden Arzt wegfallen, endet dessen Teilnahme ebenfalls. Die KV Sachsen bestätigt die Beendigung den betroffenen Pflegeeinrichtungen und Ärzten schriftlich.

§ 3b Teilnahme der Ärzte

- (1) An diesem Vertrag können die, die Pflegeeinrichtungen betreuenden Ärzte entsprechend der Präambel des Kapitels 37 EBM teilnehmen. Voraussetzung für die Teilnahme ist die

Kooperation mit einer Pflegeeinrichtung gem. § 119 b SGB V. Der beabsichtigte Beitritt der betreuenden Fachärzte erfolgt im Rahmen einer gemeinsamen Erklärung mit der Pflegeeinrichtung gegenüber der KV Sachsen gemäß der Anlagen 5a und 6a. Der Beitritt muss spätestens bis Ende des Quartals für das darauffolgende Quartal erfolgen und den Vertragspartnern bekannt gegeben werden. Der Beitritt weiterer Ärzte kann jederzeit, auch innerhalb eines Quartals, spätestens bis 2 Wochen vor Ende des Quartals, mit Wirkung für das Folgequartal erfolgen.

- (2) Teilnahmevoraussetzung des jeweiligen Arztes ist ein abgeschlossener Kooperationsvertrag inkl. Telemedizin und Delegation gemäß **Anlage 1c** dieses Vertrages nach § 140a SGB V mit mindestens einer der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen.
- (3) Die KV Sachsen nimmt die Beitrittserklärungen entgegen, prüft die Teilnahmevoraussetzungen nach § 3a Abs. 1 und § 3b Abs. 1 und 2 bestätigt die Teilnahme gegenüber den Ärzten und Pflegeeinrichtungen schriftlich. Die jeweiligen Krankenkassen werden über die wirksame Teilnahme am Vertrag entsprechend der technischen **Anlage 5b** und Anlage 6b quartalsweise durch die KV Sachsen informiert.
- (4) Die beteiligten Ärzte verpflichten sich, die Regelungen dieser Vereinbarung anzuerkennen und einzuhalten.
- (5) Beteiligte Ärzte können die Beendigung ihre Teilnahme mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KV Sachsen erklären. Sollte mit der Beendigung der Teilnahme die Voraussetzungen für die betreuten Pflegeeinrichtung wegfallen, endet deren Teilnahme ebenfalls. Die KV Sachsen bestätigt die Beendigung den betroffenen Pflegeeinrichtungen und Ärzte schriftlich.

§ 4 Delegation und Videokonsil

- (1) Für die Zielerreichung im Rahmen des besonderen Versorgungsauftrages nach § 2 kann der Arzt ärztliche Tätigkeiten gemäß **Anlage 1b** an ausgewählte Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtung, welche die Qualifikationsanforderungen gemäß § 5 Abs. 2 erfüllen, delegieren.
- (2) Der delegierende Arzt prüft die Voraussetzungen einer zulässigen Delegation:
 - a. dass eine entsprechende Qualifikation der ausgewählten Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtung gemäß § 5 Abs. 2 vorliegt und die Leistung entsprechend seiner Qualitätsanforderungen erbracht werden kann,
 - b. dass gegenüber der Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung eine durch eine schriftliche Vereinbarung sicherzustellende Weisungsbefugnis (Kooperationsvereinbarung nach § 119b SGB V) besteht.
- (3) Nach diesem Vertrag im Rahmen des besonderen Versorgungsauftrages können Videokonsile mittels Videodienst gemäß **Anlage 1a** durchgeführt werden, um ärztlichen Ressourcen effizient einzusetzen und die Sicherstellung der Versorgung in den beteiligten Pflegeeinrichtungen zu unterstützen.
- (4) Der Einsatz von Delegation und Videokonsil in Kooperation mit der Pflegeeinrichtung ist vom entsprechenden Arzt und von der Pflegeeinrichtung zu dokumentieren.

- (5) Die Leistungen nach Anlage 3 sind bei Vorliegen der Voraussetzungen vom Arzt abzurechnen.

§ 5 Qualitätsanforderungen

- (1) Die Qualität der medizinischen Leistungen entspricht dem jeweiligen aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Die insoweit bestehenden Anforderungen gem. §§ 135a und 137 SGB V sowie der jeweils gültigen Richtlinien der KBV und des GBA werden als Mindestanforderungen von den Ärzten eingehalten. Weiterhin sind folgende Anforderungen zu erfüllen, soweit in diesem Vertrag nicht anders geregelt:
- a. Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V (Anlage 24 BMV-Ä),
 - b. Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Zusammenhang mit Anlage 31 BMV-Ä und
 - c. Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Abs. 4 SGB V (Anlage 31b BMV-Ä) für das Videokonsil mittels Videodienst.
 - d. Der Arzt kann in Anlehnung an die „Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfsleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeeinrichtungen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung)“ (Anlage 8 BMV-Ä) Pflegefachkräfte der beteiligten Pflegeeinrichtungen mit delegierbaren Leistungen beauftragen.
- (2) Ausgewählte Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach diesem Vertrag erbringen, müssen mindestens folgende Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen:
- a. Abschluss einer Ausbildung zur/zum Pflegefachfrau/-mann, Altenpfleger/in oder Gesundheits- und Krankenpfleger/in
 - b. Persönliche Eignung zur Erbringung der vereinbarten Leistungen
 - c. Notwendige Zusatzqualifikationen für delegationsfähige Leistungen nach **Anlage 1b**
 - d. Schulung zur Durchführung der Videokonsile mittels Videodienst

§ 6 Teilnahme der Versicherten

- (1) Die Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgung ist freiwillig. Die Versicherten und/oder deren gesetzliche Vertreter erklären die Teilnahme an der besonderen Versorgung durch eine schriftliche TE/EWE in ihrer jeweils geltenden Fassung der einzelnen beteiligten Krankenkasse. Die TE/EWE regelt zusammen mit der Versicherteninformation das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Einwilligung in die Delegation, zur zeitlichen Bindung an die Teilnahme, zu Widerruf und Kündigung sowie zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten. Hierfür werden die individuellen kassenspezifischen Einschreibeformulare verwendet, die von den beteiligten Kassen zur Verfügung gestellt werden (**Anlage 4a**). Im Rahmen dieses Vertrages verein-

barte kassenspezifische TE/EWE (gem. **Anlage 4a**), haben Vorrang gegenüber der Mustererklärung (**Anlage 4b**). Sofern beteiligte Krankenkassen kein gesondertes Einschreibeformular vorhalten, nutzen diese das Musterformular (**Anlage 4b**).

- (2) Leistungen nach diesem Vertrag, dürfen ausschließlich gegenüber den Versicherten, die ihre Teilnahme an dieser Versorgung gemäß Absatz 1 schriftlich erklärt haben, erbracht werden. Die Prüfung der Teilnahme erfolgt durch die jeweilige Krankenkasse.
- (3) Der Arzt/ die Pflegeeinrichtung sind zur Entgegennahme der TE/EWE der Versicherten für die beteiligten Krankenkassen berechtigt und verpflichtet. Der Arzt ist verpflichtet, den Versicherten die Teilnahme an dem vertragsgegenständlichen Versorgungsangebot zu ermöglichen. Dazu informiert der Arzt im Gespräch die Versicherten und/oder ihre gesetzlichen Vertreter umfassend und frühzeitig über die Inhalte und klärt über die Modalitäten dieser besonderen Versorgung auf.
- (4) Die Versicherten und/oder ihre gesetzlichen Vertreter erklären ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung durch Unterzeichnung der TE/EWE. Die TE/EWE ist vom Arzt gegenzuzeichnen und abzustempeln. Der Versicherte und/oder die gesetzlichen Vertreter erhalten eine Kopie der TE/EWE und der Versicherteninformation. Der Arzt/ die Pflegeeinrichtung übersendet der zuständigen beteiligten Krankenkasse die vollständig ausgefüllte TE/EWE an die jeweils von der beteiligten Krankenkasse benannte zuständige Stelle, in der jeweils festgelegten Frist und über den jeweils festgelegten Weg (**vgl. Anlage 4c**).
- (5) Die beteiligte Krankenkasse prüft nach Eingang der TE/EWE (**Anlage 4a bzw. 4b**) diese innerhalb von 10 Arbeitstagen auf Vollständigkeit und Plausibilität. Sollte die TE/EWE unvollständig oder fehlerhaft sein, wird der Arzt zur Korrektur oder Vervollständigung aufgefordert. Sollte kein Versicherungsverhältnis bei der Krankenkasse vorliegen, wird der Arzt von der Krankenkasse informiert – eine Teilnahme des Versicherten ist in diesem Fall nicht möglich. Sofern der beteiligten Krankenkasse eine ordnungsgemäß und vollständig ausgefüllte TE/EWE vorliegt und ein Versicherungsverhältnis besteht, beginnt die Teilnahme des Versicherten mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf der TE/EWE.
- (6) Der Versicherte und/oder deren gesetzlicher Vertreter können die TE/EWE innerhalb von 2 Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der beteiligten Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. In diesem Fall informiert die den Widerruf erhaltene Krankenkasse unverzüglich den jeweils teilnehmenden Arzt und die Pflegeeinrichtung.
- (7) Unabhängig von einem Widerruf nach Abs. 6 können der Versicherte und/oder deren gesetzliche Vertreter die Teilnahme entsprechend der folgenden Regelungen beenden. Die beteiligte Krankenkasse und die teilnehmenden Ärzte informieren sich gegenseitig innerhalb von fünf Arbeitstagen über die Beendigung einer Teilnahme.

Vorbehaltlich weiterer Regelungen innerhalb der TE/EWE endet die Teilnahme des Versicherten

- a. bei einem Widerruf der TE/EWE eines Versicherten gegenüber der beteiligten Krankenkasse,
- b. mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. des Versicherungsverhältnisses des Versicherten bei der beteiligten Krankenkasse,
- c. mit dem Ende der Behandlung nach diesem Vertrag,
- d. mit Ende dieses Vertrages,

- e. mit dem Wirksamwerden einer Kündigungs- oder Beendigungserklärung des Versicherten.
 - f. mit Beendigung der Teilnahme der entsprechenden Pflegeeinrichtung und des Arztes
- (8) Die beteiligte Krankenkasse der ausgeschriebenen Versicherten informiert den Patienten, den Arzt und die Pflegeeinrichtung über die Beendigung der Teilnahme des Patienten. Bis zum Eingang der Information über die Beendigung der Teilnahme gilt der Versicherte als eingeschrieben.

§ 7 Aufgaben der Beteiligten

(1) Aufgaben des beteiligten Arztes

1. Abschluss und Umsetzung des Kooperationsvertrages gem. § 119 b SGB V inkl. der Anlagen nach dessen Vertrag mit einer teilnehmenden Pflegeeinrichtung
2. Erfüllung des Versorgungsauftrags gemäß § 2
3. Beauftragung und Überwachung der Delegationsleistungen gemäß § 4 Abs. 2 Bst. a und **Anlage 1b**
4. Einhaltung der Qualitätsanforderungen gemäß § 5 Abs. 1
5. Überprüfung der Qualifikationsanforderungen der Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtung gemäß §§ 4 und 5
- 6. Verpflichtung zur Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag**
7. Einschreibung der Versicherten (TE/EWE) gemäß § 6

(2) Aufgaben der beteiligten Pflegeeinrichtungen

1. Abschluss und Umsetzung des Kooperationsvertrages gem. § 119 b SGB V inkl. der Anlagen nach dessen Vertrag mit dem teilnehmenden Arzt
2. Erfüllung des Versorgungsauftrags gemäß § 2
3. Erbringung der Delegationsleistungen gemäß § 4 und **Anlage 1b**
4. Einhaltung der Qualitätsanforderungen gemäß § 5 Abs. 2
5. Unterstützung beim Prozess TE/EWE gemäß § 6
6. Dokumentation der Delegationsleistungen gemäß **Anlage 7**

(3) Aufgaben jeder beteiligten Krankenkasse

1. Management der Teilnahme der Patienten (z. B. Prüfung der TE/EWE gemäß § 6 und Information der Patienten)
2. Information über die Beendigung der Teilnahme der Patienten an den Arzt und die Pflegeeinrichtung gemäß § 6 Abs. 6 und 8
3. Zahlung der Vergütung über KV Sachsen gemäß § 10
4. Besetzung des Vertragsausschusses gemäß § 12
5. Aktualisierung der **Anlagen 2b** und Übersendung an die KV Sachsen

(4) Aufgaben KV Sachsen

1. Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen der Pflegeeinrichtungen und der Ärzte gemäß §§ 3a und 3b
2. Abrechnung der Vergütungen gemäß §§ 9, 9a, 10 und **Anlage 8**
3. Besetzung Vertragsausschuss gemäß § 12
4. Management der Teilnahme von Ärzten und Pflegeeinrichtungen

5. Führen und Aktualisieren des Teilnehmerverzeichnisses der beteiligten Ärzten und Pflegeeinrichtungen gemäß **Anlage 5b und 6b** sowie quartalsweise Meldung an die beteiligten Krankenkassen

(5) Kosten der Umsetzung

Jeder Vertragspartner und jede beigetretene Krankenkasse trägt die Verwaltungskosten der Umsetzung für ihre Aufgaben außerhalb der Abrechnung selbst.

§ 8 Vergütung von Ärzten

- (1) Für die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen erhalten beteiligte Ärzte eine nach **Anlage 3** vereinbarte Vergütung.
- (2) Mit der Vergütung sind alle vertraglichen Leistungen sowie alle sonstigen Kosten (z.B. Sach-, Personal-, Material-, Transport- und Lizenzkosten), Steuern, Auslagen und Aufwendungen, gleich aus welchem Rechtsgrund, abgegolten. Dies gilt für alle Kosten, die aufgrund von Leistungen entstehen, die für eine vollständige und ordnungsgemäße Leistungserbringung erforderlich sind, auch wenn sie im Vertrag oder der Leistungsbeschreibung nicht im Einzelnen aufgeführt sind.
- (3) Die beteiligten Ärzte sind nicht befugt, Leistungen, die aufgrund dieser Vereinbarung zu erbringen sind, den teilnehmenden Versicherten in Rechnung zu stellen. Zuzahlungen sind nicht statthaft.
- (4) Soweit durch diesen Vertrag inhaltsgleiche Leistungen aus anderen Versorgungsbereichen, insbesondere der kollektiven Versorgung nach § 83 SGB V, aus Verträgen nach § 140a SGB V oder § 73b SGB V ersetzt werden, dürfen Vergütungsansprüche nur einmalig geltend gemacht werden. Eine Fehl- oder Doppelabrechnung führt zu einer Korrektur und zu einer Streichung der doppelten oder falsch abgerechneten Leistungen bei dem betroffenen Arzt durch die KV Sachsen. Eine Abrechnung nach diesem Vertrag ist ausgeschlossen, gegebenenfalls außerhalb dieser Vereinbarung möglich.
- (5) Die Leistungen, die der Arzt an die Pflegefachkraft delegiert, werden gemäß den Regeln der **Anlage 3** vergütet. Der Arzt rechnet die Leistungen gegenüber der KV Sachsen ab, nachdem er sich von der sachgerechten Erbringung der Leistung überzeugt hat. Der Arzt beauftragt die KV Sachsen, den Vergütungsanteil für die delegierte Leistung an das Pflegeeinrichtung auszuzahlen.
- (6) Soweit der Versicherte seine Teilnahme gemäß § 6 Abs. 6 gegenüber der beteiligten Krankenkasse widerruft und die Krankenkasse die beteiligten Ärzte und die Pflegeeinrichtungen informiert hat, besteht ab der Information des Arztes und der Pflegeeinrichtung kein Anspruch auf eine Vergütung nach diesem Vertrag. Ein Vergütungsanspruch besteht in diesem Fall ausschließlich im Rahmen der kollektivvertraglichen Regelungen.

§ 9 Abrechnung zwischen den Ärzten und der KV Sachsen

- (1) Die Abrechnung der in diesem Vertrag vereinbarten Leistungen durch die beteiligten Ärzte erfolgt gemäß § 295 Abs. 1 und 4 SGB V quartalsweise gegenüber der KV Sachsen unter Angabe der nach **Anlage 3** vertragsspezifischen Abrechnungsziffern auf dem Abrechnungsschein und bestimmt sich nach den für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Regelungen.

- (2) Die Honorierung der in diesem Vertrag vereinbarten Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Hinsichtlich der Zahlungstermine gelten die von der KVS veröffentlichten Termine für Abschlags- und Restzahlungen. Für die sachlich rechnerischen Berichtigungen gelten die gesetzlichen Regelungen und die Bestimmungen der Gesamtverträge zwischen der KV Sachsen und der jeweiligen beteiligten Krankenkasse sowie die Regelungen dieses Vertrages einschließlich aller Anlagen.
- (3) Die beteiligten Ärzte sind verpflichtet, die letzte Abrechnung für Leistungen nach diesem Vertrag spätestens zu dem für das Folgequartal von der KV Sachsen bestimmten Termin einzureichen. Später eingehende Abrechnungen werden nicht vergütet.
- (4) Die KV Sachsen ist berechtigt, die jeweils gültigen satzungsgemäßen Verwaltungskosten zu erheben.

§ 9a Abrechnung zwischen den Pflegeeinrichtungen und der KV Sachsen

Die KV Sachsen honoriert die beteiligten Pflegeeinrichtungen im Auftrag des veranlassenden Arztes nach den Regelungen der **Anlage 3** in Verbindung mit der **Anlage 8**.

§ 10 Abrechnung zwischen der KV Sachsen und den beteiligten Krankenkassen

- (1) Die Rechnungslegung der KV Sachsen erfolgt gemäß den Vorgaben des § 295 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit dem Vertrag über den Datenaustausch (Anlage 6 BMV-Ä) zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter Beachtung der dazugehörigen Technischen Anlage in der jeweils aktuellen Fassung:
 - a. Die Abrechnung gilt als vollständig, wenn das Formblatt 3/KT-Viewer vorliegen inklusive Kennzeichnungen.
 - b. Rechnungskorrekturen erfolgen durch Ausweis im Vorgang 2 unter der Kontenart 570 - Besondere Versorgung - Ambulante ärztliche Versorgung Kapitel 99, Abschnitt 5, Budgetkennung 2
 - c. Ausweis im Formblatt 3

Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt innerhalb des Formblatts 3.

 - I. Der Ausweis der in **Anlage 3** festgelegten Abrechnungs- und Kennzeichnungsziffern erfolgt im Formblatt 3 unter der Kontenart 570 - Besondere Versorgung - Ambulante ärztliche Versorgung Kapitel 99, Abschnitt 5, bis zur Ebene 6 (Angabe der einzelnen Ziffern), Budgetkennung 2. Die Leistungen werden im Fremdkassenzahlungsausgleich mit der Vertragsart 09 gekennzeichnet.
 - II. Die Bezeichnung der Abrechnungs- und Kennzeichnungsziffern und des Abschnitts im Formblatt 3 erfolgt entsprechend der Vorgaben der Formblatt-Richtlinie in der jeweils aktuellen Fassung.
- (2) Ergänzend dazu gelten für die Abrechnungen die gültigen Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung (u. a. die Abrechnungsordnung der KV Sachsen). Die KV Sachsen ist

insbesondere für die sachlich-rechnerische Richtigstellung der Abrechnungen der beteiligten Ärzte verantwortlich.

- (3) Hinsichtlich der Abrechnung, der Zahlungstermine, der sachlich-rechnerischen Richtigstellung gelten die gesamtvertraglichen Bestimmungen zwischen der KV Sachsen und der beteiligten Krankenkasse. Die KV Sachsen rechnet die Vergütungspauschalen mit der Quartalsabrechnung gegenüber der beteiligten Krankenkasse ab. Die beteiligte Krankenkasse, bei welcher der Versicherte zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nach diesem Vertrag versichert ist, finanziert die Vergütungspauschalen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- (4) Die Rechnungslegung durch die KV Sachsen erfolgt gegenüber der jeweiligen beteiligten Krankenkasse für deren Versicherte. Die Regelung nach Punkt 1.3.3 der Richtlinie zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens (Fremdkassenzahlungsausgleich) für Leistungen aus mit Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossenen Verträgen nach § 140a SGB V findet Anwendung.

§ 11 Datenschutz und Schweigepflicht

- (1) Die Vertragspartner, beigetretenen Krankenkassen und Leistungserbringer sind verpflichtet, die für sie einschlägigen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten bzw. der personenbezogenen Daten, insbesondere der EU-DSGVO, des SGB, des Landesdatenschutzgesetzes, des BDSG, des Behandlungsvertrages, in der jeweils geltenden Fassung einzuhalten. Sie haben den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen. Bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten (Patientendaten, Versichertendaten) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung, dem Behandlungsvertrag und den strafrechtlichen Bestimmungen zu beachten. Die gesetzlichen oder sonst zulässigen Übermittlungsbefugnisse bleiben unberührt. Die Vertragspartner, beigetretenen Krankenkassen und Leistungserbringer stellen sicher, dass ihre Mitarbeiter und ggf. Dritte zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten gemäß dem (Sozial-) Datengeheimnis nach § 35 SGB I und Art. 5, 24, 29, 32 EU-DSGVO schriftlich verpflichtet wurden. Die Vertraulichkeitsverpflichtung besteht auch nach Vertragsende dauerhaft fort.
- (2) Personenbezogene Daten dürfen nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wenn der Versicherte bzw. der dazu berechnigte Vertreter nach vorheriger Information gemäß § 6 Abs. 1 und 4 i. V. mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß **Anlage 4a** oder **4b** durch die Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung eingewilligt hat. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den Vertragspartnern und beigetretenen Krankenkassen gemäß den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften in der jeweils geltenden Fassung, soweit diese zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben und zur Umsetzung dieses Vertrages erforderlich sind.
- (3) Werden die Patientendaten im Rahmen der Teilnahme an diesem Versorgungsvertrag in einer gemeinsamen Dokumentation gespeichert, dürfen alle den Patienten im Rahmen des Versorgungsvertrages behandelnden Leistungserbringer Behandlungsdaten und Befunde aus der gemeinsamen Dokumentation nur dann abrufen, wenn der Versicherte durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung seine Einwilligung erteilt hat, und soweit die Informationen für den konkret anstehenden Behandlungsfall des Patienten genutzt werden sollen und der abrufende Leistungserbringer zu dem Perso-

nenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches StGB) zur Geheimhaltung verpflichtet ist.

- (4) Die Vertragspartner und beigetretenen Krankenkassen sind hinsichtlich des Vertrages sowie aller Angelegenheiten, die ihnen in ihrer Arbeit im Zusammenhang mit diesem Vertrag anvertraut oder bekannt werden, gegenüber Dritten zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Verschwiegenheitspflicht umfasst auch die Wahrung der Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse der Vertragsparteien. Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit gilt nicht, soweit eine Auskunftserteilungspflicht gegenüber Behörden, Gerichten oder beauftragten und bevollmächtigten Prüfstellen der beteiligten Krankenkassen besteht. Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit bleibt über das Vertragsverhältnis hinaus bestehen.
- (5) Die wissenschaftliche und statistische Auswertung dieses Vertrages zur besonderen Versorgung erfolgt ausschließlich mit pseudonymisierten Daten, die einen Rückschluss auf die betroffenen Versicherten nicht zulassen.
- (6) Die Vertragspartner, beigetretenen Krankenkassen und die beteiligten Leistungserbringer haben jeweils die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit unter Berücksichtigung des Stands der Technik gem. Art. 32 EU-DSGVO, insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO, herzustellen und einzuhalten.
- (7) Die personenbezogenen Daten sind durch die Vertragspartner und beigetretenen Krankenkassen zu löschen, wenn die Daten für die in diesem Vertrag festgelegten Aufgaben nicht mehr erforderlich sind. Die medizinischen Dokumentationspflichten und gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bleiben hiervon unberührt.
- (8) Die Vertragspartner und die beigetretenen Krankenkassen sind verpflichtet, sich gegenseitig unverzüglich über an die Aufsichtsbehörde nach Art. 33 EU-DSGVO gemeldete Datenschutzverstöße im Zusammenhang mit diesem Vertrag zu informieren.

§ 12 Vertragsausschuss, Auswertung und Evaluation

- (1) Zur Begleitung des Versorgungsprojektes wird ein Vertragsausschuss der Vertragspartner gebildet. Er wird mindestens einmal jährlich durch die KV Sachsen einberufen. Darüber hinaus kann einer der Vertragspartner die Anrufung des Ausschusses verlangen. Der Vertragsausschuss befasst sich mit der Zielerreichung nach § 2, der Weiterentwicklung und fachlichen Bewertung des Vertrages. Aufgabe des Vertragsausschusses ist insbesondere die Qualitätssicherung. Die Empfehlungen des Vertragsausschusses werden einvernehmlich getroffen.
- (2) Für die jährliche Bewertung ist die Wirkungsweise des Versorgungsvertrages auf der Grundlage der verfügbaren Daten insbesondere anhand folgender Messparameter durch den Vertragsausschuss zu prüfen:
 - Fallzahlentwicklung der stationären/teilstationären Einweisungen/ Krankentransporte im Vergleich zum Zeitpunkt vor Inkrafttreten des Vertrages (Erhebung durch die beteiligten Krankenkassen)
 - Quartalsbezogene Leistungsstatistik zu Videokonsilen der Pflegeeinrichtungen (Erhebung durch die KV Sachsen) sowie der Delegationsleistungen Dokumentation durch Pflegeeinrichtungen gemäß **Anlage 7**
- (3) Die jeweils zu erhebenden Daten werden an die KV Sachsen übersandt. Die KV Sachsen stellt die verfügbaren Daten allen Mitgliedern des Vertragsausschusses zur Verfügung.

- (4) Für die jährliche Bewertung werden vom Vertragsausschuss Messparameter festgelegt und für die Zielerreichung gemeinsam abgestimmt und ausgewertet.

§ 13 Beitritt von Krankenkassen

- (1) Der Beitritt weiterer Krankenkassen ist im Einvernehmen aller Vertragspartner möglich. Alle beigetretenen Krankenkassen werden in **Anlage 2b** aufgeführt. Der Beitritt muss spätestens bis Ende des Quartals für das darauffolgende Quartal erfolgen. Die beigetretenen Krankenkassen verpflichten sich, die Regelungen dieser Vereinbarung anzuerkennen.
- (2) Betriebskrankenkassen erklären ihren Beitritt gegenüber dem BKK Landesverband Mitte, der darüber die Vertragspartner informiert und die **Anlage 2b** innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Beitrittserklärung aktualisiert.
- (3) Beteiligten Krankenkassen können ihren Beitritt mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber den Vereinbarungspartnern erklären. Die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen wird hiervon nicht berührt.

§ 14 Inkrafttreten, Vertragslaufzeit und außerordentliche Kündigung

- (1) Der Vertrag gilt in der geänderten Fassung ab 01.01.2023 fort und endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf am 31.12.2024.
- (2) Die besondere Versorgung nach § 140 a SGB V „Delegation ärztlicher Leistungen und Videokonsil in stationären Pflegeeinrichtungen“ vom 1.4.2020 bis 31.12.2022 wird in der Form dieses Vertrages fortgeführt. Die bisher beteiligten Krankenkassen, Ärzte, Pflegeeinrichtungen und Versicherte an der besonderen Versorgung von 1.4.2020 bis 31.12.2022 gelten als Bestandsbeteiligte. Damit gelten die entsprechenden Teilnahmeerklärungen fort. Die Bestandsbeteiligten haben bis zum 31.1.2023 ein Recht auf eine außerordentliche Kündigung bzw. Beendigung zum 31.12.2022.
- (3) Es besteht die Option der Vertragsverlängerung bei gegenseitigem Einvernehmen der Vertragspartner, wenn keine Beanstandungen während der Vertragslaufzeit in der ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringung festzustellen sind, die Ziele des Vertrages nach § 2 erreicht sind.
- (4) Eine außerordentliche Kündigung dieses Vertrages ist ohne die Einhaltung einer Kündigungsfrist von einzelnen Vertragspartnern, nur aus wichtigem Grund möglich. Ein wichtiger Grund, der einen Vertragspartner zur Kündigung berechtigt, liegt insbesondere vor,
 - a) wenn die Voraussetzungen dieser besonderen Versorgung aus Gründen der Rechtsentwicklung, wesentlicher medizinisch-wissenschaftlicher oder tatsächlicher Gründe entfallen,
 - b) wenn die Leistungen, die Gegenstand dieser besonderen Versorgung sind, nicht erbracht oder in erheblichem Umfang mangelhaft oder unvollständig erbracht werden,
 - c) bei Verstoß gegen Inhalte dieses Vertrages,
 - d) wenn gesetzliche Änderungen, eine gerichtliche oder behördliche Verfügung gegenüber einem Vertragspartner die Durchführung der vertragsgegenständlichen Leistung

nicht länger erlauben. Dies gilt insbesondere, sofern das Bundesversicherungsamt oder eine Aufsichtsbehörde der Länder im Hinblick auf diesen Vertrag Anordnungen gemäß § 71 Abs. 6 SGB V trifft. Der durch eine behördliche Maßnahme oder eine gerichtliche Entscheidung betroffene Vertragspartner bzw. die beigetretene Krankenkasse ist nicht verpflichtet, vor der Kündigung die Rechtskraft der Maßnahme oder Rechtsprechung abzuwarten oder dagegen Rechtsbehelfe einzulegen. Die Vertragspartner bzw. beigetretenen Krankenkassen verzichten in diesem Fall auf die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen wegen etwaiger eintretender Schäden nach einer solchen Kündigung.

- (5) Die außerordentliche Kündigung erfolgt in Schriftform gegenüber allen Vertragspartnern.
- (6) Die außerordentliche Kündigung einer beteiligten Krankenkasse berührt das Fortbestehen des Vertrages gegenüber den anderen Vertragspartnern nicht.

§ 15 Schlussbestimmungen

- (1) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrags einschließlich der Anlagen bedürfen zu Ihrer Wirksamkeit der Schriftform.
- (2) Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmungen tritt eine zu vereinbarende Ersatzregelung, die dem mit der unwirksamen Bestimmung angestrebten Zweck möglichst nahekommt. Dies gilt sinngemäß für Vertragslücken und Anpassungen durch den Bewertungsausschuss.
- (3) Sollte sich das im Vertrag beschriebene Versorgungsmodell bewähren und in Sachsen vergleichbare Konstellationen bestehen, besteht die Option - bei Zustimmung aller Vertragspartner - dass die Vertragspartner über eine Umsetzung des Modells in derart vergleichbaren Regionen verhandeln.

Dresden, den

gez.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

gez.

AOK PLUS

gez.

SVLFG als Landwirtschaftliche
Krankenkasse

gez.

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Sachsen

gez.

IKK classic

gez.

KNAPPSCHAFT,
Regionaldirektion Chemnitz

gez.

Techniker Krankenkasse

gez.

Barmer

gez.

DAK-Gesundheit

gez.

Kaufmännische Krankenkasse

gez.

HEK – Hanseatische Krankenkasse