

**3. Nachtrag**  
zur  
Vereinbarung  
zur Festlegung der regionalen Punktwerte in Sachsen und der sächsischen  
Gebührenordnung (SGO)  
zur Festlegung der Gesamtvergütung in Sachsen  
zur Festlegung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs  
zur Honorarverteilung

zwischen

**der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen**  
vertreten durch den Vorstand,  
dieser vertreten durch den Stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden  
Herrn Rainer Striebel

zugleich handelnd für die  
**Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland,**  
handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung  
im Freistaat Sachsen

**dem BKK Landesverband Mitte**  
Siebstraße 4  
30171 Hannover

**der IKK classic**  
vertreten durch den stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden,  
Herrn Frank Hippler

**der Knappschaft, Regionaldirektion Chemnitz**

**den Ersatzkassen**  
**BARMER GEK**  
**Techniker Krankenkasse (TK)**  
**DAK-Gesundheit**  
**KKH-Allianz (Ersatzkasse)**  
**HEK - Hanseatische Krankenkasse**  
**hkk**  
als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:  
**Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),**  
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen

**(LVSK)**

und

**der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KV Sachsen)**

**mit Wirkung für das Jahr 2012**

## **Präambel**

Aufgrund von gesetzlichen Neuregelungen durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz zum 01.01.2012 und der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses in seiner 262. Sitzung am 31.08.2011 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), in seiner 263. Sitzung am 17.10.2011, Teil B zur Verbesserung der Qualität und Transparenz der gemeldeten Versichertenzahlen (Satzart ANZVER87a) und in seiner 266. Sitzung am 14.12.2011 zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2012 und zur Vergütungsvereinbarung und Durchführungsempfehlung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit MRSA sind Änderungen an der bestehenden „Vereinbarung zur Festlegung der regionalen Punktwerte in Sachsen und der sächsischen Gebührenordnung (SGO) u. a.“ vom 22.11.2010 für die Jahre 2011 und 2012 i. d. F. des 1. Nachtrags vom 18.05.2011 und des 2. Nachtrags vom 16.12.2011 notwendig.

## **Inhaltsverzeichnis**

### **Teil 3                    Festlegung der Gesamtvergütungen in Sachsen**

**Streichung Anlage 4  
Regelung zur Ausgabenbegrenzung eGV**

### **Teil 5                    Streichung der Vereinbarung zur Honorarverteilung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sach- sen**

## **A) Änderungen mit Wirkung zum 01.01.2012**

### **Teil 1 § 3 – Neufassung zur 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.

### **Teil 1 §§ 3 bis 5 – redaktionelle Folgeänderungen**

Die bisherigen §§ 3 bis 5 werden zu §§ 4 bis 6.

### **Teil 1, § 6 – Neuaufnahme eines Satzes 2**

Die über den 31.12.2012 getroffenen Regelungen in Teil 3 § 2a Abs. 2a dieser Vereinbarung werden unverändert in die Folgevereinbarungen ab dem Jahr 2013 übernommen.

### **Teil 2, § 1 Abs. 3 – Streichung bei der Festlegung der regionalen Punktwerte in Sachsen**

Streichung der Regelung, dass die Punktwerte bei Über- und Unterversorgung in den Jahren 2011 und 2012 nicht zur Anwendung gelangen aufgrund der Neuregelung in § 87 Abs. 2e SGB V.

### **Teil 2, § 3 Abs. 1 – Streichung abweichende Bewertung von Leistungen**

Die Punktwertz- und -abschläge für die Leistungen des Mammographiescreenings der GO-Nrn. 01750 bis 01759 werden gestrichen.

### **Teil 3, Präambel – Änderung der Gesetzesgrundlagen bei der Festlegung der Gesamtvergütungen in Sachsen**

Die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung sowie die Vergütung von Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einer Krankenkasse wird im Jahr 2012 gemäß § 87d Abs. 2 SGB V und der 266. Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 2012 berechnet.

### **Teil 3, § 2a Abs. 1 – Neufassung bei der Festsetzung der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2012**

Die je Krankenkasse gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V für das Jahr 2011 vereinbarte und unbereinigte Leistungsmenge je Versicherten bildet den Aufsatz für die Ermittlung des Behandlungsbedarfs für das Jahr 2012. Weiterhin werden die von den Kassen gelieferten Ver-

sichertenzahlen der Satzart ANZVER87c4 gemäß der 199. Beschlussfassung des Bewertungsausschusses in seiner Sitzung am 22.09.2009 genutzt.

### **Teil 3, § 2a Abs. 1a – Neufassung bei der Festsetzung der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2012**

Der nach Abs. 1 festgestellte Aufsatzwert für die Ermittlung des Behandlungsbedarfs je Versicherten wird um die reproduktionsmedizinischen Beratungsleistungen (GOPs 08520 und 08521 EBM) je Versicherten nach Anwendung des Wohnortprinzips erhöht. Die Erhöhung wird aus den ausgewiesenen Leistungsmengen für diese GOPs aus den Daten der Satzart ARZTRG87aKA des Jahres 2010 ermittelt. Die je Versicherten ermittelte Leistungsmenge wird um die Morbiditätsveränderungsrate des Jahres 2011 in Höhe von 4,7340 % erhöht.

### **Teil 3, § 2a Abs. 2 – Änderung bei der Festsetzung der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2012**

Gemäß § 87d Abs. 2 Satz 1 SGB V wird der nach Abs. 1a ermittelte Behandlungsbedarf je Versicherten um 1,25 % basiswirksam erhöht.

### **Teil 3, § 2a Abs. 5 – Neufassung bei der Festsetzung der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2012**

Bei dem vereinbarten Behandlungsbedarf je Versicherten werden Bereinigungsbeträge aufgrund von Selektivverträgen gemäß §§ 64 Abs. 3 Satz 1, 73b, 73c sowie 140a ff. SGB V nach den geltenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses berücksichtigt. Die Bereinigungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen werden gesondert kassenspezifisch vereinbart.

Sofern der Bewertungsausschuss für das Jahr 2012 einen Beschluss zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b SGB V fasst, richtet sich das Bereinigungsverfahren nach dessen Vorgaben. Die Bereinigungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen werden gesondert kassenspezifisch vereinbart.

### **Teil 3, § 3 Abs. 2 – Streichung bei der Vergütung von Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung**

Wegfall der Ausgabenbegrenzungsregelung gemäß § 87d Abs. 4 SGB V.

### **Teil 3, Anlage 1 – Aktualisierung des 11. Anstrichs**

11. Leistungen der künstlichen Befruchtung GOP 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510X, 08530X, 08531X, 08540X, 08541X, 08542X, 08550X bis 08552X, 08560X, 08561X, 08570X bis 08574X, 11311X, 11312X, 11320X, 11321X, 11322X, 11330X bis 11334X, 11351X, 11352X, 11354X, 11360X, 11361X, 11370X, bis 11372X, 11380X, 11390X, 11391X, 11395X, 11396X, 11400X, 11401X, 11403X, 11404X, 11410X bis 11412X, 11420X bis 11422X, 11430X bis 11434X, 11440X bis 11443X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X, 36822X des 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.

### **Teil 3, Anlage 4 – Streichung der Regelung zur Ausgabenbegrenzung eGV**

Wegfall der Umsetzung der Ausgabenbegrenzungsregelung gemäß § 87d Abs. 4 SGB V für Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

### **Teil 5 – Streichung der Vereinbarung zur Honorarverteilung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen**

Teil 5 wird zum 01.01.2012 komplett gestrichen.

## **B) Änderungen mit Wirkung zum 01.04.2012**

### **Teil 3, § 2a Abs. 1 Satz 2 – Änderung bei der Festsetzung der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2012**

Weiterhin werden die von den Krankenkassen gelieferten Versichertenzahlen der Satzart ANZVER87a gemäß der 263. Beschlussfassung des Bewertungsausschusses in seiner Sitzung am 17.10.2011 genutzt.

### **Teil 3, § 2a Abs. 2a – Neufassung bei der Festsetzung der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2012**

Von dem für das Jahr 2012 vereinbarten Behandlungsbedarf je Versicherten nach Abs. 2a werden gemäß der Durchführungsempfehlung des Bewertungsausschusses in seiner 266. Sitzung zur Finanzierung der Leistungen im Zusammenhang mit der Aufnahme einer Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) insgesamt 1,82 Punkte in der Zeit vom II. Quartal 2012 bis I. Quartal 2013 basiswirksam bereinigt. Die Vertragspartner verständigen sich darauf, den Bereinigungsbetrag in vier gleichen Teilen in den benannten Quartalen vom Behandlungsbedarf je Versicherten zum Abzug zu bringen.

### **Teil 3, § 5 – Neufassung zur Berücksichtigung von Kostenerstattung**

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 i. V. m. Teil 4 mit der Gesamtvergütung durchgeführt, sofern diese Versicherten für das gesamte betreffende Quartal des Jahres 2012 Kostenerstattung gewählt haben und nicht bereits im betreffenden Quartal 2008 Kostenerstattung gewählt hatten. 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.

Für Versicherte, die dennoch Krankenbehandlungen als Sachleistung unter Vorlage der Krankenversicherungskarte bei einem Vertragsarzt in Anspruch nehmen, erfolgt keine Verrechnung des Behandlungsbedarfs je Versicherten.

Der Ausweis der Abzüge für Kostenerstattung erfolgt je Quartal im Formblatt 3 in einem separaten Vorgang im Folgequartal. Die KV Sachsen übermittelt der Krankenkasse einen Nachweis über die Versicherten nach Satz 3 unter Angabe der betroffenen Behandlungsfälle.

Diese Regelung gilt auch für Angebote der Vollversorgung gemäß § 53 Abs. 4 SGB V.


Bei Teilversorgungsangeboten verständigen sich die KV Sachsen und der betreffende Landesverband/Landesvertretung bzw. die betreffende Krankenkasse bilateral.

Abweichende kassenspezifische Regelungen können in Teil 4 der Vereinbarung bzw. im Gesamtvertrag getroffen oder bestehende Regelungen fortgeführt werden.

**Teil 3, Anlage 1 – Neuaufnahme einer Ziffer 24 (befristet vom 01.04.2012 bis zum 31.03.2014)**

24. Diagnostik und ambulante Eradikationstherapie von Trägern mit MRSA (GOPs 86770, 86772, 86774, 86776, 86778, 86780, 86781, 86782 und 86784 EBM) ab 01.04.2012 bis 31.03.2014

Dresden, den 16. Mai 2012



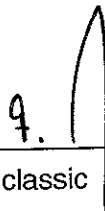
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen



AOK PLUS,  
zugleich handelnd für die  
Landwirtschaftliche Krankenkasse  
Mittel- und Ostdeutschland,  
handelnd als Landesverband



BKK Landesverband Mitte  
Landesvertretung Sachsen



IKK classic



Knappschaft,  
Regionaldirektion Chemnitz



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