

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 das Jahr 2021

Inhaltsverzeichnis

Teil 1 Allgemeine Grundsätze

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

Anlage 1

Grundsätze

Anlage 2

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

Anlage 3

Förderung von Delegationsleistungen

Anlage 4

Förderung von Nachtdialysen

Anlage 5

Förderung zur Aufnahme von neugeborenen Kindern bei Kinder- oder Hausärzten

Anlage 6

Förderung von schmerztherapeutischen Leistungen

Anlage 7

Förderung konservativer Leistungen von Augenärzten

Anlage 8

Förderung der spezifischen Immuntherapie

Anlage 9

Förderung der Leistungen der sozialpädiatrischen Versorgung

Anlage 10

Förderung der patientenzentrierten Geriatrie- und Palliativversorgung

Anlage 11

Förderung der fachärztlichen Versorgung durch Kinderärzte

Anlage 12

Förderung der Sonografie für Haus- und Fachärzte

Anlage 13

Förderung der konservativen rheumatologischen Leistungen

Anlage 14

Förderung von psychiatrischen Gesprächen für Kinder und Jugendliche

Anlage 15
Förderung von radiologischen Leistungen für Onkologiepatienten

Teil 3 Festlegung der Gesamtvergütungen in Sachsen

Anlage 1
Berechnungsschema für die Ermittlung des vereinbarten Behandlungsbedarfs der Quartale für das Jahr 2021

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

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

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

§ 3 Unterschriftenregelung

Die Teile 1, 2, 3 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 das Jahr 2021.

§ 6 Sonstiges

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

Teil 2

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

§ 1

Festlegung des regionalen Punktwertes (RPW) in Sachsen

Der regionale Punktwert in Sachsen wird 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 2021 bis 31. Dezember 2021

11,1244 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.

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

§ 3

Abweichende Bewertung von Leistungen

- (1) Die Partner der Gesamtverträge vereinbaren zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten die Förderung einzelner Leistungen gemäß Anlage 1.
- (2) Die Förderung erfolgt, sofern die geförderten Leistungen nicht im organisierten Bereitschaftsdienst und bei der Notfallbehandlung erbracht werden, durch die Zahlung von Zuschlägen nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V unter Beachtung der Vorgaben des Bewertungsausschusses in seiner 456. Sitzung.
- (3) Die jeweiligen Förderungen sind in den Anlagen 2 bis 15 zu Teil 2 dieser Vereinbarung konkret beschrieben.

§ 4

Vereinbarungen außerhalb des Leistungskatalogs des EBM

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

Anlage 1 zu Teil 2

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

Grundsätze

Präambel

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

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

§ 1

Kriterien aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 456. Sitzung

Förderungswürdige Leistungen

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

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

Förderung von Leistungserbringern in bestimmten Planungsbereichen

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

Evaluation

Bei der Auswertung der vereinbarten Zielwerte sind Sonderereignisse, wie z. B. die Coronapandemie, zu berücksichtigen. Die Auswertung erfolgt nach Bekanntwerden der Abrechnungsergebnisse des 1. Quartals 2021 ab voraussichtlich Mitte des Jahres 2022 .

§ 2 Fördervolumen

- (1) Je Quartal stellen die Krankenkassen ein zusätzliches EGV-Fördervolumen für die Anlagen 2, 3, 6 bis 15 zur Verfügung. Dieses EGV-Fördervolumen wird um die Entwicklung des Orientierungswertes des jeweils aktuellen Quartals zum Vorjahresquartal angepasst. 2021 beträgt das Fördervolumen pro Quartal 6,6154 Mio. EURO.
- (2) Zusätzlich finanzieren die Krankenkassen aus EGV-Mitteln die Förderungen der Nachtdialysen (Anlage 4) und der Aufnahme von neugeborenen Kindern bei Kinder- oder Hausärzten (Anlage 5).

§ 3 Aufteilung / Ausweis im Formblatt 3 / Statistik

- (1) Das Fördervolumen nach § 2 Abs. 1 wird über den Vorgang 152 im Formblatt 3 durch die KV Sachsen unabhängig von der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme je Krankenkasse finanzwirksam außerbudgetär abgefordert.

Das Fördervolumen wird je Quartal entsprechend den bei der Ermittlung der Behandlungsbedarfe festgestellten krankenkassenspezifischen MGV-Anteilen des aktuellen Quartals auf die gesetzlichen Krankenkassen aufgeteilt.

- (2) Für Leistungen der Anlagen 3 bis 15 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 2. Der Anhang 2 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 diese Anlagen wird den LVSK gemäß Anhang 2 ausschließlich als GKV je GOP übergeben. Die Statistiken sind nicht rechnungsbegründend. Der Anhang 2 wird im csv-Format übergeben.
- (3) Die technische Anlage zu den Datenlieferungen stimmen die Vertragspartner gesondert ab.

§ 4 Fördervorbehalte

- (1) Die Verwendung der Fördervolumen, Förderbeträge und Fördermittel (nachfolgend als Förderung bezeichnet) ist zweckgebunden. Sie dürfen im Förderzeitraum jeweils nur für die jeweils vereinbarten Fördermaßnahmen und in dem Umfang, wie für die vereinbarte Fördermaßnahme erforderlich, verwendet werden.
- (2) Wenn der Zweck der Förderung erreicht oder teilweise erreicht ist, prüfen die Vertragspartner, ob eine Förderung weiterhin erforderlich ist.
- (3) Der Anspruch auf Förderung erlischt innerhalb des Förderzeitraums ganz oder teilweise, wenn der Zweck einer Förderung nicht mehr erreicht werden kann oder anderweitig ganz oder teilweise sichergestellt wird, insbesondere bei
 - a) geänderten gesetzlichen, untergesetzlichen und/oder vertraglichen Regelungen, die sich auf die geförderten Leistungen und/oder deren Förderung mit Wirkung im Förderzeitraum auswirken und für die, die gesetzlichen Krankenkassen zusätzliche finanzielle Mittel bereitzustellen haben,

- b) entsprechender Berücksichtigung der geförderten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, z. B.
 - als neue EBM-Leistungen oder
 - durch Vergütung außerhalb der MGV oder
 - durch Vergütungszuschläge oder Vergütungsaufwertungen im EBM mit Wirkung für den Förderzeitraum,

- c) geänderten gesetzlichen, untergesetzlichen oder vertraglichen Regelungen oder bestandskräftigen gerichtlichen Entscheidungen oder bestandskräftigen behördlichen Maßnahmen, insbesondere aufsichtsrechtlichen Maßnahmen, die sich auf die Zulässigkeit der Förderungen oder die Fördermaßnahmen auswirken, insbesondere diese untersagen oder deren Umsetzung unmöglich machen.

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

§ 5 Ausgleichsmechanismus 2021

- (1) Der Ausgleich von Über- und Unterdeckungen der Anlage 2 ist in Anlage 2 – unter Beachtung von Anlage 6, § 4 letzter Satz - separat geregelt.

- (2) Sofern es in den Anlagen 3, 7 bis 15 innerhalb eines Quartals zu Unterdeckungen kommt, werden diese Unterdeckungen zunächst innerhalb der genannten Fördervolumen ausgeglichen, wenn in einzelnen Fördervolumen dieser genannten Anlagen Überdeckungen vorliegen. Verbleiben danach Überdeckungen, können diese für Unterdeckungen der Anlage 6 verwendet werden.

- (3) Verbleiben danach Über- und Unterdeckungen werden diese in die jeweilige Anlage des Folgequartals übertragen.

- (4) Ist absehbar, dass die für noch nicht abgerechnete Quartale zur Verfügung stehenden Fördermittel nicht ausreichen werden, um für alle förderwürdigen Leistungen die vereinbarten Zuschläge zu finanzieren, erfolgt eine Quotierung der Anlagen 3 und 12.

- (5) Verbleiben im 4. Quartal 2021 nicht ausgeschöpfte Fördermittel der Anlagen 3 und 7 bis 15, werden diese vorrangig in Anlage 6 (Schmerztherapie) und nachrangig unter Berücksichtigung ihrer Volumina in 2021 auf die Anlagen 3, 9, 10 (Palliativversorgung) und 12 verteilt.

- (6) Ist absehbar, dass Fördermittel insgesamt für die zu fördernden Leistungen nicht ausreichen, werden in den verbleibenden Quartalen alle förderungswürdigen Leistungen der Anlagen 3, 7 bis 15 in gleicher Weise quotiert.

- (7) Die KV Sachsen informiert die LVSK über die Ausgleichsmechanismen durch Über- und Unterdeckung spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung.

Anhang 1 zu Anlage 1 Teil 2 - Kalkulation der Fördervolumina 2021

Anlage	Erläut.	Förderung 2021 p.Q.
Anlage 2	unterversorgte Gebiete	2,0554 Mio. €
Anlage 3	Delegationsfähige Leistungen (NÄPA, Praxismitarbeiter)	0,2658 Mio. €
Anlage 6	Schmerztherapie	0,9872 Mio. €
Anlage 7	konservativ tätige Augenärzte	0,7594 Mio. €
Anlage 8	spez. Immunther. mit Erweiterung um orale IT	0,4556 Mio. €
Anlage 9	Sozialpädiatrie	0,0506 Mio. €
Anlage 10	Geriatric u. palliativmed. Betreu. in der Häuslichk.	0,8606 Mio. €
Anlage 11	Kinderärzte mit Schwerpunkt	0,1772 Mio. €
Anlage 12	Sonografie	0,5062 Mio. €
Anlage 13	Förderung Rheumatologen und Orthopäden	0,1797 Mio. €
Anlage 14	psychiatrische Gespräche	0,1772 Mio. €
Anlage 15	Radiologie bei onkolog. Erkrank.	0,1139 Mio. €

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

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

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

§ 1 Versorgungsmangel

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

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

§ 2 Ziele der Förderung

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

Im Anhang wird die Förderung konkretisiert.

§ 3 Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung

Eine Messung der Zielerreichung erfolgt durch einen Vergleich der Durchschnittsfallzahlen der geförderten Vergleichsgruppe innerhalb einer Fachgruppe (Bedarfsplanungsrichtlinie) in Sachsen mit der Durchschnittsfallzahl der jeweiligen Vergleichsgruppe in den jeweiligen Planungsbereichen. Dazu werten die Vertragspartner aus:

- die durchschnittlichen Fallzahlen der Quartale des Jahres 2019 der jeweiligen Vergleichsgruppe für Sachsen insgesamt
- die durchschnittlichen Fallzahlen der Quartale des Jahres 2019 der jeweiligen Vergleichsgruppe in den jeweiligen Planungsbereichen
- die Fallzahl je Arzt im Quartal in den unterversorgten Planungsbereichen, in von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen und in den Regionen mit zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf

Die Messung erfolgt für den Vergleichswert für das Jahr 2019 und wird dann jeweils für die vier geförderten Quartale durchgeführt.

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

In der Evaluation prüfen die Vertragspartner, inwieweit eine Entwicklung der Fallzahlen je Arzt in den geförderten Planungsbereichen und Vergleichsgruppen im Vergleich zu nicht geförderten Planungsbereichen und Vergleichsgruppen und im Vergleich zum Vorvorjahresquartal stattgefunden hat. Die dafür erforderlichen Daten (Fallzahl je Arzt und Fallzahldurchschnitt der Vergleichsgruppe im geförderten Planungsbereich bzw. in der geförderten Bezugsregion) stellt die KV Sachsen den LVSK spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung zur Verfügung.

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

§ 4 Umsetzung der Förderung

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

auf die folgende Vorgehensweise:

Für die Berechnung der Förderhöhe ermittelt die KV Sachsen für die Fachgruppen in den entsprechenden Kategorien I bis III vergleichsgruppenbezogen

1. die durchschnittlichen Fallzahlen der Quartale des Jahres 2019 der jeweiligen Vergleichsgruppe für Sachsen sowie
 2. Arztbezogen die Fallzahlen in den betreffenden Planungsbereichen/Regionen des aktuellen Quartals
 3. für die unter Punkt 2 genannten Ärzte wird die über den Durchschnitt in Punkt 1 liegende Fallzahl ermittelt
 4. Basis für die Ermittlung der Zuschläge sind die durchschnittlichen Behandlungsfallwerte je Vergleichsgruppe für 2019 für Sachsen
 5. für die unter Punkt 3 ermittelten Fälle wird ein Zuschlag vergütet. Dieser wird folgendermaßen ermittelt:
 - a. 12,5 % des nach Punkt 4 ermittelten Behandlungsfallwertes in den Regionen mit drohender Unterversorgung, kaufmännisch gerundet auf 0,50 EURO.
 - b. 25,0 % des nach Punkt 4 ermittelten Behandlungsfallwertes in den unterversorgten Planungsbereichen und in den Regionen mit zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf, kaufmännisch gerundet auf 0,50 EURO.
- (2) Die Förderung erfolgt arztbezogen für die im jeweiligen Abrechnungsquartal tatsächlich erbrachten Behandlungsfälle, die über den vergleichsgruppenbezogenen sächsischen Fallzahldurchschnitt liegen, entsprechend der Einordnung in die Kategorien I bis III und den zugehörigen Zuschlägen aus Anlage 2 Teil 2 Anhang in unterschiedlicher Höhe.

Sofern der förderberechtigte Arzt keine Vollzulassung hat, ermittelt sich die zu fördernde Behandlungsfallzahl anteilig am sächsischen vergleichsgruppenbezogenen Fallzahldurchschnitt in Abhängigkeit seines Tätigkeitsumfangs.

- (3) In Teil 2 Anhang zu Anlage 2 werden die Förderungen vergleichsgruppenbezogen und je Kategorie einvernehmlich abgestimmt.
- (4) Die KV Sachsen setzt die Zuschläge je Behandlungsfall zu und quotiert die entsprechende Förderhöhe.

§ 5 Fördervolumen

- (1) Für die nachfolgenden Förderungen werden für das jeweilige Quartal 2,0554 Mio. EURO des Fördervolumens aus Teil 2, Anlage 1, § 2 Abs. 1 verwendet. Sofern die Fördermittel nicht ausgeschöpft wurden, kann ein Übertrag ins Folgequartal erfolgen. Sofern die Fördermittel nicht ausreichen, werden die Zuschläge quotiert.
- (2) Der Nachweis über die Zahlung der Förderungen nach § 4 Abs. 4 erfolgt in gesonderten Statistiken für die GKV, welche den LVSK spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung zur Verfügung gestellt werden. Hierfür sind von der KV Sachsen je Planungsbereich anzugeben:
 - die Anzahl der geförderten Ärzte der betreffenden Vergleichsgruppe
 - die Anzahl der geförderten Fälle
 - der Förderbetrag je Fall
 - die Fördersumme in EURO je Quartal.

§ 6 Laufzeit

Die Förderungen werden ab dem 1. Quartal 2021 vereinbart und jeweils separat befristet. Längstens können sie für die Dauer der durch den Landesausschuss festgestellten Unterversorgung, drohenden Unterversorgung oder des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in der jeweiligen Region und Fachgruppe gewährt werden.

Anhang zur Anlage 2 zu Teil 2

(Stand: Beschlussfassungen des Landesausschusses bis 21. Oktober 2020)

(Drohende) Unterversorgung und zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf
Feststellung gemäß Landesausschuss

Unterversorgung

Fachgruppe Be- darfsplanung	geförderte Ver- gleichsgruppe	Beschluss des Landesaus- schusses	Planungsbereich	Bezugsregion	wirksam ab	wirksam bis	Förderzeitraum MGV Beginn	Förderzeitraum MGV Ende
Hautärzte	Hautärzte	29.07.2020	Löbau-Zittau		01.10.2020		01.10.2020	

Drohende Unterversorgung

Fachgruppe Be- darfsplanung	geförderte Ver- gleichsgruppe	Beschluss des Landesaus- schusses	Planungsbereich	Bezugsregion	wirksam ab	wirksam bis	Förderzeitraum MGV Beginn	Förderzeitraum MGV Ende
Augenärzte	Augenärzte	30.04.2020	Döbeln		01.07.2020		01.07.2020	
Augenärzte	Augenärzte	30.04.2020	Hoyerswerda, Stadt / Landkreis Kamenz		01.07.2020		01.07.2020	
Augenärzte	Augenärzte	30.04.2020	Mittweida		01.07.2020		01.07.2020	
Augenärzte	Augenärzte	27.01.2016	Plauen, Stadt / Vogtlandkreis		01.04.2016		01.01.2020	
Augenärzte	Augenärzte	23.01.2019	Riesa-Großenhain		01.04.2019		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	27.07.2016	Annaberg-Buchholz		01.10.2016		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	27.07.2016	Aue		01.10.2016		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	27.07.2016	Auerbach		01.10.2016		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	30.04.2020	Borna		01.07.2020		01.07.2020	
Hausärzte	Hausärzte	27.07.2016	Chemnitz		01.10.2016		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	27.07.2016	Crimmitschau		01.10.2016		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	30.04.2020	Dippoldiswalde		01.07.2020		01.07.2020	

Hausärzte	Hausärzte	30.04.2020	Döbeln		01.07.2020		01.07.2020	
Hausärzte	Hausärzte	30.04.2020	Eilenburg		01.07.2020		01.07.2020	
Hausärzte	Hausärzte	30.04.2020	Frankenberg- Hainichen		01.07.2020		01.07.2020	
Hausärzte	Hausärzte	27.07.2016	Freiberg		01.10.2016		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	01.08.2018	Freital		01.10.2018		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	27.07.2016	Görlitz		01.10.2016		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	30.04.2020	Großenhain		01.07.2020		01.07.2020	
Hausärzte	Hausärzte	01.08.2018	Hohenstein- Ernstthal		01.10.2018		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	30.04.2020	Hoyerswerda		01.07.2020		01.07.2020	
Hausärzte	Hausärzte	30.04.2020	Kamenz		01.07.2020		01.07.2020	
Hausärzte	Hausärzte	30.04.2020	Limbach- Oberfrohna		01.07.2020		01.07.2020	
Hausärzte	Hausärzte	01.08.2018	Löbau		01.10.2018		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	27.07.2016	Marienberg		01.10.2016		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	30.04.2020	Meißen		01.07.2020		01.07.2020	
Hausärzte	Hausärzte	27.07.2016	Niesky		01.10.2016		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	27.07.2016	Oelsnitz		01.10.2016		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	30.04.2020	Oschatz		01.07.2020		01.07.2020	
Hausärzte	Hausärzte	27.07.2016	Plauen		01.10.2016		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	30.04.2020	Riesa		01.07.2020		01.07.2020	
Hausärzte	Hausärzte	27.07.2016	Weißwasser		01.10.2016		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	27.07.2016	Werdau		01.10.2016		01.01.2020	
Hausärzte	Hausärzte	27.07.2016	Zwickau		01.10.2016		01.01.2020	
Hautärzte	Hautärzte	30.04.2020	Bautzen		01.07.2020		01.07.2020	
HNO-Ärzte	HNO-Ärzte	30.04.2020	Hoyerswerda, Stadt / Landkreis Kamenz		01.07.2020		01.07.2020	
HNO-Ärzte	HNO-Ärzte	30.04.2020	Torgau-Oschatz		01.07.2020		01.07.2020	
HNO-Ärzte	HNO-Ärzte	30.04.2020	Weißeritzkreis		01.07.2020		01.07.2020	
Kinder- und Ju- gendpsychiater	Kinder- und Ju- gendpsychiater	30.04.2020	Oberlausitz- Niederschlesien		01.07.2020		01.07.2020	

Nervenärzte	Nervenärzte	30.04.2020	Bautzen		01.07.2020		01.07.2020	
Nervenärzte	Nervenärzte	30.04.2020	Freiberg		01.07.2020		01.07.2020	
Nervenärzte	Nervenärzte	30.04.2020	Hoyerswerda, Stadt / Landkreis Kamenz		01.07.2020		01.07.2020	
Nervenärzte	Nervenärzte	27.01.2016	Mittlerer Erzgebirgskreis		01.04.2016		01.01.2020	
Nervenärzte	Nervenärzte	30.04.2020	Muldentalkreis		01.07.2020		01.07.2020	
Nervenärzte	Nervenärzte	30.04.2020	Torgau-Oschatz		01.07.2020		01.07.2020	
Nervenärzte	Nervenärzte	30.04.2020	Weißeritzkreis		01.07.2020		01.07.2020	
Urologen	Urologen	30.04.2020	Bautzen		01.07.2020		01.07.2020	
Urologen	Urologen	30.04.2020	Riesa-Großenhain		01.07.2020		01.07.2020	
Urologen	Urologen	30.04.2020	Weißeritzkreis		01.07.2020		01.07.2020	

Zusätzlich lokaler Versorgungsbedarf

Fachgruppe Bedarfsplanung	Vergleichsgruppe	Beschluss des Landesausschusses	Planungsbereich	Bezugsregion	wirksam ab	wirksam bis	Förderzeitraum MGV Beginn	Förderzeitraum MGV Ende
Augenärzte	Augenärzte	29.07.2020	Annaberg	Annaberg-Buchholz	01.10.2020		01.10.2020	
Augenärzte	Augenärzte	29.07.2020	Aue-Schwarzenberg	Aue	01.10.2020		01.10.2020	
Augenärzte	Augenärzte	29.07.2020	Chemnitzer Land	Hohenstein-Ernstthal	01.10.2020		01.10.2020	
Augenärzte	Augenärzte	29.07.2020	Freiberg	Freiberg	01.10.2020		01.10.2020	
Augenärzte	Augenärzte	29.07.2020	Görlitz, Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis	Niesky	01.10.2020		01.10.2020	
Augenärzte	Augenärzte	29.07.2020	Stollberg	Stollberg	01.10.2020		01.10.2020	
Augenärzte	Augenärzte	29.07.2020	Torgau-Oschatz	Oschatz	01.10.2020		01.10.2020	
Hautärzte	Hautärzte	23.01.2019	Chemnitzer Land	Hohenstein-Ernstthal	01.04.2019		01.01.2020	
Hautärzte	Hautärzte	23.01.2019	Mittlerer Erzgebirgskreis	Marienberg	01.04.2019		01.01.2020	

Hautärzte	Hautärzte	31.01.2018	Mittweida	Mittweida	01.04.2018		01.01.2020	
Kinder- und Jugendpsychiater	Kinder- und Jugendpsychiater	31.01.2018	Südsachsen	Chemnitz, Stadt	01.04.2018		01.01.2020	
Kinder- und Jugendpsychiater	Kinder- und Jugendpsychiater	31.01.2018	Südsachsen	Erzgebirgskreis	01.04.2018		01.01.2020	
Kinder- und Jugendpsychiater	Kinder- und Jugendpsychiater	31.01.2018	Südsachsen	Mittelsachsen	01.04.2018		01.01.2020	
Kinder- und Jugendpsychiater	Kinder- und Jugendpsychiater	29.07.2020	Westsachsen	Nordsachsen	01.10.2020		01.10.2020	
Kinderärzte	Kinderärzte	31.01.2018	Plauen, Stadt / Vogtlandkreis	Reichenbach	01.04.2018		01.01.2020	
Nervenärzte	Nervenärzte	29.07.2020	Görlitz, Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis	Weißwasser	01.10.2020		01.10.2020	

(Drohende) Unterversorgung und zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf
Höhe der Förderung in Sachsen

Vergleichsgruppe	durchschnittliche Behandlungsfallzahl je Arzt				Behandlungsfallwert des Jahres 2019	Zuschlag 12,5 %	Zuschlag 25,0 %
	Quartal 1/2019	Quartal 2/2019	Quartal 3/2019	Quartal 4/2019			
Hausärzte	1.027,5	984,8	996,9	1.010,0	63,65 €	8,00 €	16,00 €
Kinderärzte	1.160,1	1.118,2	1.065,0	1.142,7	61,03 €	7,50 €	15,50 €
Anästhesisten	322,3	302,4	273,4	285,9	158,53 €	20,00 €	39,50 €
Augenärzte	1.260,9	1.287,4	1.245,4	1.200,8	63,54 €	8,00 €	16,00 €
Chirurgen	865,4	880,0	870,8	804,2	70,66 €	9,00 €	17,50 €
Frauenärzte	1.155,4	1.151,5	1.139,0	1.183,0	52,59 €	6,50 €	13,00 €
HNO-Ärzte	1.395,4	1.385,8	1.300,4	1.290,0	47,14 €	6,00 €	12,00 €
Hautärzte	1.756,6	1.786,1	1.729,9	1.684,3	40,70 €	5,00 €	10,00 €
Humangenetiker	318,6	291,8	303,3	306,3	651,66 €	81,50 €	163,00 €
Internisten ohne SP	1.108,3	1.077,1	1.036,1	1.029,5	94,23 €	12,00 €	23,50 €
Angiologen	1.287,6	1.251,1	1.214,0	1.172,6	65,20 €	8,00 €	16,50 €
Endokrinologen	1.920,3	1.867,8	1.857,1	1.829,7	71,55 €	9,00 €	18,00 €
Gastroenterologen	1.110,4	1.102,4	1.054,7	1.013,8	102,37 €	13,00 €	25,50 €
Hämatologen	855,0	861,9	856,4	871,7	129,96 €	16,00 €	32,50 €
Kardiologen	1.377,8	1.364,3	1.282,9	1.252,5	71,52 €	9,00 €	18,00 €
Pneumologen	1.559,9	1.596,8	1.525,9	1.513,0	69,20 €	8,50 €	17,50 €
Rheumatologen	1.287,9	1.280,4	1.228,7	1.164,7	71,43 €	9,00 €	18,00 €
Nephrologen	355,2	362,9	366,3	363,4	837,15 €	104,50 €	209,50 €
Kinder- und Jugendpsychiater	236,5	236,7	230,8	231,5	244,76 €	30,50 €	61,00 €
MKG-Chirurgen	114,6	112,2	114,1	122,0	145,91 €	18,00 €	36,50 €
Nervenärzte	986,9	981,2	987,5	980,7	71,04 €	9,00 €	18,00 €
Neurologen	1.114,8	1.098,5	1.065,9	1.064,5	62,91 €	8,00 €	15,50 €
Nuklearmediziner	778,1	772,2	804,6	699,1	168,76 €	21,00 €	42,00 €
Orthopäden	1.351,5	1.341,2	1.307,0	1.288,1	46,43 €	6,00 €	11,50 €

Phoniatler / Pädaudiologen	1.625,0	1.640,0	1.488,6	1.495,7	58,24 €	7,50 €	14,50 €
Psychiater	867,9	872,9	868,2	865,5	65,58 €	8,00 €	16,50 €
Radiologen	1.695,9	1.577,7	1.583,5	1.481,8	78,67 €	10,00 €	19,50 €
Urologen	1.452,1	1.428,1	1.386,3	1.440,8	47,06 €	6,00 €	12,00 €
Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	622,1	609,2	588,8	607,1	48,81 €	6,00 €	12,00 €
Schmerztherapeuten (GOP 30704)	498,3	504,0	501,4	501,6	135,91 €	17,00 €	34,00 €
Pathologen / Zytologen	4.079,3	3.928,0	3.752,7	3.976,3	24,09 €	3,00 €	6,00 €
Psychotherapeuten	75,6	74,9	74,3	74,0	399,55 €	50,00 €	100,00 €
Laborärzte	17.581,8	16.772,2	16.193,7	15.925,4	22,88 €	3,00 €	5,50 €
Strahlentherapeuten	300,5	287,9	296,6	282,3	1.003,20 €	125,50 €	251,00 €

Anlage 3 zu Teil 2

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

Förderung von Delegationsleistungen

§ 1 Versorgungsmangel

Im Vergleich zum Bund (44,5) zeichnet sich die sächsische Bevölkerung durch einen hohen Altersdurchschnitt von 46,9 Jahren zum Stand 2019 (de.statista.com und Statistisches Landesamt Sachsen) bei einer gleichzeitigen Multimorbidität aus. Insbesondere die hohen Einschreibezahlen im DMP in Sachsen mit 16,6 % der Versicherten im Vergleich zu 11,6 % im Bund sind ein weiteres Indiz für die weite Verbreitung von Volkskrankheiten. Gleichzeitig weist der Sächsische Bedarfsplan in vielen Planungsbereichen Unterversorgung, drohende Unterversorgung bzw. zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf im haus- und kinderärztlichen Bereich, sowie im Facharztbereich auf (siehe Anhang zur Anlage 2).

Durch das hohe Alter der Bevölkerung bei gleichzeitiger Komorbidität sind insbesondere ältere Menschen in ländlichen Regionen ohne gute Verkehrsanbindung zunehmend nicht in der Lage, den Arzt persönlich aufzusuchen. Die dadurch notwendigen Hausbesuche der Ärzte binden die Arbeitszeit aufgrund der Fahrzeiten zusätzlich in hohem Maße und führen gleichzeitig zu einer eingeschränkten Praxistätigkeit. Aus diesem Grund geht die Hausbesuchstätigkeit der Vertragsärzte in Sachsen von 2014 zu 2019 auf der Basis der abgerechneten GOPen 01410, 01411, 01413 und 01415 EBM kontinuierlich von 1.815.558 auf 1.411.336 Fälle zurück.

Diese Entwicklung kann auch durch weitere Fallzahlsteigerungen der Vertragsärzte nicht aufgefangen werden. Die Fallzahlen der Hausärzte in Sachsen betragen im Quartal 2/2019 934 Fälle im Vergleich zum Bund mit 842 und sind bereits jetzt weit überdurchschnittlich (Quelle Honorarbericht KBV zum Stand 2/2019). Eine weitere Fallzahlsteigerung könnte zu Qualitätseinbußen in der Versorgung führen.

Mit der Aufnahme delegationsfähiger Leistungen in den EBM besteht für die Ärzte die Möglichkeit, geeignete Leistungen an nichtärztliche Praxisassistenten (NäPa) oder nichtärztlichen Praxismitarbeiter zu delegieren. Die frei werdenden ärztlichen Kapazitäten können für Patientenfälle genutzt werden, die einer Inaugenscheinnahme des Vertragsarztes bedürfen.

785 Ärzte haben mit Stand zum 1. Oktober 2020 die Genehmigung für eine NäPa gemäß Anlage 8 BMV-Ä von der KV Sachsen erhalten. Auswertungen der bisher vorliegenden Abrechnungen zeigen, dass die enormen Potentiale delegierbarer Leistungen von der sächsischen Ärzteschaft noch nicht angenommen werden. Konkret liegt 2019 der Leistungsbedarf der GOP 03062 EBM je Versicherten und KV-Bereich zwischen 0,17 EURO bis 1,17 EURO, wobei der sächsische Wert 0,27 EURO beträgt.

§ 2 Ziele der Förderung

Bei erfolgreicher Anwendung von Delegationen kann eine Fallzahlsteigerung ohne Qualitätseinbußen von ca. 1.200 Fällen pro Jahr und Arzt erreicht werden (Abschlussbericht zum Modellprojekt AGnES Sachsen vom Januar 2009). Für die Versicherten wird der Behandlungszugang erleichtert bei gleichzeitiger Betreuung der bereits von der Praxis versorgten Patien-

ten. Die Bindung der Patienten an die Arztpraxis wird mit der Bereitstellung weiterer Betreuungsangebote in der Häuslichkeit verbessert und führt damit auch zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität.

Die nachfolgende Förderung soll gemäß dem 456. Beschluss des Bewertungsausschusses Nr. 2 Anstriche 1 und 3 zur Erbringung delegationsfähiger Leistungen durch NÄPa gemäß Anlage 8 BMV-Ä bzw. durch nichtärztliche Praxismitarbeiter Anreize zur verstärkten Nutzung von Hausbesuchen durch diese Praxismitarbeiter setzen, in dem es zu einer Fallzahlsteigerung für delegierbare Leistungen kommt und die Angebotsstruktur der NÄPas in Sachsen erweitert wird.

§ 3

Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung

Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Gesamtvertragspartner die Entwicklung der Anzahl und die Verteilung der Vertragsärzte in den verschiedenen Fachgruppen, die eine NÄPa beschäftigen sowie die Anzahl der abgerechneten geförderten GOPen im Vergleich zu 2019.

Messgröße:

- Die Anzahl der Ärzte, die eine NÄPa angestellt haben, steigt um jährlich 1 % - 5 %.
- Die Anzahl der delegationsfähigen Leistungen (GOPen 03062, 03063, 38100 und 38105 EBM) steigert sich – unter Berücksichtigung der HzV-Versicherten – um 5 bis 10%.

Die KV Sachsen übermittelt den LVSK spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung die Anzahl der delegationsfähigen Leistungen (GOPen 03062, 03063, 38100 und 38105 EBM) und die Anzahl der Praxen, die eine Genehmigung für eine NÄPa haben.

§ 4

Umsetzung der Förderung und Abrechnung

Auf die GOPen 03062, 03063, 38100 und 38105 EBM (inkl. Buchstabenkennung) wird ein Zuschlag in Höhe von 5,0 Cent zum regionalen Punktwert gezahlt. Die Förderung wird von der KV Sachsen zugesetzt.

§ 5

Laufzeit

Die Förderung ist bis 31. Dezember 2021 befristet.

Anlage 4 zu Teil 2

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

Förderung von Nachtdialysen

§ 1 Versorgungsmangel

Die zeitaufwändige Dialysebehandlung ist für Patienten im erwerbsfähigen Alter nur schwer mit einer Berufstätigkeit vereinbar. Nachtdialysen können zum Erhalt der Berufstätigkeit dieser Patienten beitragen. Die Kapazitäten für die Durchführung von Nachtdialysen in Sachsen sind nur eingeschränkt vorhanden. Von insgesamt 42 Dialyseeinrichtungen in Sachsen (inklusive der Nebenbetriebsstätten) bieten 6 Einrichtungen die Durchführung von Nachtdialysen an (Stand 1. Quartal 2020). Die Angebote befinden sich derzeit in Zwickau, Chemnitz, Plauen, Großenhain, Dresden und Leipzig. Von den Patienten sind mitunter Entfernungen bis zu 40 km zurückzulegen, um eine Dialyseeinrichtung mit dem Angebot der Nachtdialyse nutzen zu können.

§ 2 Ziele der Förderung

- (1) Die Förderung sichert gemäß dem 456. Beschluss des Bewertungsausschusses Nr. 2 Anstriche 1 und 3 die Vorhaltung der vorhandenen Strukturen. Dadurch ist es den dialysepflichtigen Patienten möglich, ihre Dialyse während des Nachtschlafs durchführen zu lassen. Dies versetzt sie in die Lage, am Tag ihrer Berufstätigkeit nachgehen zu können. Um die Nachtdialysen weiteren Patienten zugänglich zu machen, können die Krankenkassen berufstätige Dialysepatienten über die vorhandenen Angebote informieren, die diese bisher nicht nutzen.
- (2) Die Förderung soll auch dazu beitragen, dass weitere Dialyseeinrichtungen das Angebot von Nachtdialysen etablieren, um eine wohnortnahe Versorgung erwerbstätiger Dialysepatienten anzubieten. Für die Gewinnung weiterer Anbieter informieren die Krankenkassen die KV Sachsen über die Wohnorte von berufstätigen Dialysepatienten, die bisher keine Nachtdialysen nutzen. Je nach Verfügbarkeit von Dialyseeinrichtungen und einer gewissen Anzahl von infrage kommenden Patienten mit Wohnort um diese Dialyseeinrichtungen wird die KV Sachsen diese Dialyseeinrichtungen über die vereinbarte Förderung informieren, mit dem Ziel diese Einrichtung als weiteren Anbieter für Nachtdialysen zu gewinnen.

§ 3 Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung

- (1) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Gesamtvertragspartner die Entwicklung der Anzahl der
 - berufstätigen Dialysepatienten insgesamt,
 - berufstätigen Dialysepatienten, welche das Angebot der Nachtdialyse annehmen,
 - Dialyseeinrichtungen, die Nachtdialysen anbieten und deren Verteilung in Sachsen.

Messgröße:

Die Nachtdialyse wird weiteren 5 bis 10 % berufstätigen und erwerbsfähigen Dialysepatienten angeboten.

- (2) Die Krankenkassen übermitteln der KV Sachsen im 4. Quartal 2020 das mögliche Potential von berufstätigen Dialysepatienten, die noch keine Nachtdialyse in Anspruch nehmen.
- (3) Die KV Sachsen ermittelt anhand der potentiellen Anzahl gemäß Abs. 2 mögliche Dialysepraxen, die das Angebot Nachtdialyse vorhalten werden und informiert die Krankenkassen entsprechend.
- (4) Die KV Sachsen übermittelt den LVSK spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung
 - die Anzahl der Patienten je Abrechnungsquartal, welche Nachtdialysen in Anspruch genommen haben (GKV-Wert, je Abrechnungsquartal) und
 - die Angabe des Praxissitzes der Dialyseeinrichtung, die Nachtdialysen durchführen (je Abrechnungsquartal).

§ 4

Umsetzung der Förderung

- (1) Die Vertragspartner fördern die Dialysen während der Nacht (Zuschlag zu den GOPen 13610 und 04564 EBM für die Betreuung bei Hämodialyse als Zentrums- oder Praxis-hämodialyse bei Nacht).
- (2) 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. 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.

§ 5

Abrechnung

Die Mittel für die Fördermaßnahmen nach § 4 werden entsprechend der Leistungsanspruchnahme durch die Versicherten je Krankenkasse finanzwirksam außerbudgetär bis zur Ebene 6 im Formblatt 3 abgefordert.

§ 6

Laufzeit

Diese Förderung ist befristet für 2021.

Anlage 5 zu Teil 2

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

Förderung zur Aufnahme von neugeborenen Kindern bei Kinder- oder Hausärzten

§ 1 Versorgungsmangel

Die dauerhafte Vermittlung Neugeborener an einen Arzt im hausärztlichen Versorgungsbe-
reich ist für die Vertragspartner oberstes Ziel. Dieser Arzt ist verantwortlich für die gesamte
weitere Versorgungsplanung in Bezug auf die altersgerechte Entwicklung des Kindes. Er
bewertet über einen langfristigen Zeitraum, ob Defizite in der kindlichen Entwicklung und im
Gesundheitszustand des Kindes festzustellen sind. Er koordiniert und veranlasst evtl. weitere
Behandlungen, wenn dies erforderlich ist. Der Kinderarzt hat die gleiche Bedeutung, wie der
Hausarzt für Erwachsene.

Aufgrund der Geburtenentwicklung (in Dresden und Leipzig besteht eine überdurchschnittli-
che Geburtenrate) und der in Sachsen vorhandenen eingeschränkten Behandlungskapazitä-
ten bei Kinder- und Hausärzten bestehen Schwierigkeiten, dass Eltern für ihre neugeborenen
Kinder einen Kinder- oder Hausarzt für die dauerhafte Betreuung ihres Kindes finden. Auch
die gesetzliche Verpflichtung der Terminservicestelle der KV Sachsen zur Vermittlung eines
Hausarztes führt derzeit lediglich dazu, dass die anstehenden Früherkennungsuntersuchun-
gen für die Kinder zu den jeweiligen Terminen fristgerecht an einen Kinder- oder Hausarzt
vermittelt werden. Eine dauerhafte Betreuung wird derzeit nicht in jedem Vermittlungsfall
erreicht.

Bei den Leistungen der U4 und U6 handelt es sich um Vorsorgemaßnahmen zur Vorbeu-
gung und Früherkennung möglicherweise bestehender Krankheiten und der Bewertung des
Entwicklungsstandes der Neugeborenen, die außerbudgetär vergütet werden. Mit dieser
Förderung soll eine dauerhafte Weiterbetreuung der Neugeborenen bei den Ärzten erreicht
werden.

Eine partielle Vermittlung von Terminen über die Terminservicestelle zu (in der Regel jeweils
unterschiedlichen) Ärzten scheint in diesem Fall nicht geeignet, die nötige Vertrauensbasis
und Compliance herzustellen, die für die Entwicklungsbegleitung des Kindes notwendig ist.

Im Rahmen des TSVG bestehen keine gesonderten Anreizwirkungen zu einer dauerhaften
Betreuung und Behandlung der neugeborenen Kinder, da über das TSVG lediglich der jewei-
lige Erstkontakt als Neupatient, jedoch nicht die dauerhafte Betreuung des Kindes extrabud-
getär vergütet wird.

Zum einen binden diese TSVG-Fälle Versorgungskapazitäten, die für Termine für die krank-
heitsbedingten Fälle benötigt werden, zum anderen wirkt die außerbudgetäre Vergütung des
TSVG nicht als gesonderter Anreiz, da die Leistungen der Früherkennungsuntersuchungen
bereits außerbudgetär vergütet werden.

Die Anzahl der Fälle behandelte Kinder bis zu einem Alter von 5 Jahren ist im Jahr 2019 um
5 % gegenüber 2013 gestiegen.

Dagegen stieg die Anzahl von Kinderärzten 2020 (341) im Vergleich zu 2013 (336) nur leicht
um 1,5 % an.

Die Ergebnisse des bundesweiten statistischen Vergleichs zeigen, dass in Sachsen eine starke Nachfrage an kinderärztlichen Leistungen besteht, die in den einzelnen Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen variiert. In allen Altersgruppen (<5 Jahre, 5-10 Jahre, 10-15 Jahre, 15-20 Jahre) zeigen sich im Vergleich der Fallzahlanteile von west- und ostdeutschen KVen, dass die Inanspruchnahme von Kinderärzten in Sachsen durchgehend über der durchschnittlichen Nachfrage des restlichen Bundesgebietes liegt.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Datenlieferung der KBV vom 17.02.2015)

Die bestehende, historisch gewachsene Versorgungsstruktur und die folglich stärkere Inanspruchnahme von Kinderärzten in den Neuen Bundesländern begründet somit eine regionale Besonderheit Sachsens.

§ 2 Ziele der Förderung

- (1) Der Zugang für neugeborene Kinder bei Kinder- oder Hausärzten zur kontinuierlichen Betreuung und Weiterbehandlung soll gemäß dem 456. Beschluss des Bewertungsausschusses Nr. 2 Anstrich 3 erleichtert werden. Die Förderung gibt einen Anreiz zur Aufnahme von Kindern im Säuglingsalter und deren dauerhaften Betreuung durch den Kinder- oder Hausarzt.
- (2) Mit der Anbindung der Förderung an Früherkennungsuntersuchungen des Kindes im ambulanten Bereich wird gewährleistet, dass diese Untersuchungen fristgerecht wahrgenommen werden und das Kind in kontinuierlicher Betreuung eines Kinderarztes ist.
- (3) Durch die Ausweitung der Förderung auch auf Hausärzte wird die wohnortnahe Versorgung der betreffenden Kinder durch Erweiterung der verfügbaren Anzahl von Leistungserbringern gewährleistet.

§ 3 Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung

Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Gesamtvertragspartner die Entwicklung der Anzahl der

- zur Abrechnung gelangten Förderungen nach dieser Anlage
- Fallzahlen der Patienten im Alter von 0 bis 5 Jahren bei Kinder- und Hausärzten im Verhältnis zur Anzahl der Kinderärzte und der Anzahl der Geburten
- Anteil der Patienten, die dauerhaft in der Praxis behandelt werden (Anzahl der Behandlungsfälle der U6 im Vergleich zur Förderung U6).

Messgröße:

Die Anzahl der geförderten Fälle steigt um 1 bis 2 % im Jahr unter Berücksichtigung der Geburtenentwicklung.

Die KV Sachsen übermittelt den LVSK spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung

- die Anzahl der geförderten Fälle (Abrechnungsziffer 99666) im jeweiligen Quartal,
- getrennt nach Kinderärzten und Hausärzten.

§ 4 Umsetzung der Förderung

Die Vertragspartner fördern die Aufnahme von neugeborenen Kindern bei Kinder- oder Hausärzten zu der innerhalb der vorgesehenen Frist jeweils zu erbringenden Früherkennungsuntersuchung U6 im ambulanten Bereich nach der GOP 01716 EBM mit einem Zuschlag in Höhe von 22,50 EURO. Voraussetzung ist, dass bei dem Patienten zuvor vom selben Leistungserbringer (Praxis) die Früherkennungsuntersuchung U4 durchgeführt wurde.

Die betreffenden Kinder- bzw. Hausärzte geben zusätzlich zur Abrechnung der GOP 01716 EBM die Abrechnungsziffer 99666 an.

Sofern für die GOP 01716 EBM Buchstabenkennungen vergeben wurden, gilt die Förderung analog für diese.

§ 5 Abrechnung

Die Mittel für die Fördermaßnahmen nach § 4 werden entsprechend der Leistungsanspruchnahme durch die Versicherten je Krankenkasse finanzwirksam außerbudgetär bis zur Ebene 6 im Formblatt 3 abgefordert.

§ 6 Laufzeit

Diese Förderung ist befristet bis zum 31.12.2021.

Anlage 6 zu Teil 2

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

Förderung von schmerztherapeutischen Leistungen

§ 1 Versorgungsmangel

Bei gleichbleibender Anzahl der ausschließlich schmerztherapeutischen Ärzte in Sachsen mit einhergehender Begrenzung der Behandlungskapazitäten pro Arzt durch die Qualitätsvereinbarung gemäß § 135 SGB V und der nicht flächendeckend gleichmäßigen Verteilung, kann die zunehmende Anzahl von Schmerzpatienten in Sachsen nicht mehr ausreichend versorgt werden. So stieg die Zahl der schmerztherapeutischen Fälle (Häufigkeiten GOP 30702 EBM) im Jahr 2019 (105.528) um 23 % im Verhältnis zum Jahr 2013 (85.595) an.

Im Jahr 2019 wurde bisher insgesamt 37 Ärzten (22 Praxen) – dies sind rund 42 % - eine Fallzahlerhöhung genehmigt bzw. weiterhin genehmigt. 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.

§ 2 Ziele der Förderung

Die Schmerzpatienten sollen nach Feststellung des Erfordernisses einer Schmerztherapie zeitnah einer entsprechenden Behandlung zugeführt werden. Um die Anzahl der Leistungserbringer zum Stand September 2019 von insgesamt 89 Schmerztherapeuten zu erhöhen und damit eine Verbreiterung der Angebotsbasis zu gewährleisten, werden die Leistungen der Schmerztherapie gemäß dem 456. Beschluss des Bewertungsausschusses Nr. 2 Anstrich 3 mit einem Zuschlag gefördert. Hierdurch werden zusätzliche Behandlungskapazitäten für Schmerzpatienten erschlossen. Die Versorgung soll mindestens stabil bleiben.

§ 3 Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung

Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Gesamtvertragspartner die Entwicklung der Anzahl und die Verteilung der

- ausschließlich als Schmerztherapeuten tätigen Vertragsärzte und
- nicht ausschließlich als Schmerztherapeuten tätigen Vertragsärzte sowie
- die Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl der Behandlungsfälle.

Messgröße:

- Die Entwicklung der Anzahl der ausschließlich als Schmerztherapeuten tätigen Vertragsärzte soll gegenüber dem Jahr 2019 bei -5 bis 1 % liegen.
- Die Anzahl nicht ausschließlich als Schmerztherapeuten tätiger Ärzte steigt um bis zu drei Ärzte.
- Die Entwicklung der Anzahl der durchschnittlichen Fälle mit schmerztherapeutischer Leistung (GOP 30702 EBM) soll bei 0 % bis 3 % liegen.

- Die KV Sachsen übermittelt den LVSK spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung
 - pro Schmerztherapeut, dessen Tätigkeitsumfang, ein Kennzeichen, ob dieser ausschließlich oder nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätig ist, die Zahl der schmerztherapeutisch behandelten Patienten und die Fallzahlobergrenze (GKV-Wert, je Abrechnungsquartal und Vorjahresquartal)
 - die Auszahlungsquoten für die geförderten Leistungen ohne Zuschlag bei Hausärzten und Fachärzten (je Abrechnungsquartal)
 - Anzahl und Praxissitz der Vertragsärzte, welche die Genehmigung der KV Sachsen zur Leistungserbringung der Schmerztherapie besitzen, aber keine schmerztherapeutischen Leistungen erbringen (je Abrechnungsquartal).

§ 4

Umsetzung der Förderung und Abrechnung

Die Vertragspartner fördern die Leistungen der Schmerztherapie der GOPen 30700, 30702, 30704, 30706 und 30708 EBM (inkl. Buchstabenkennung, -erweiterung) von sächsischen Vertragsärzten für GKV-Versicherte durch Anhebung der Auszahlungsquote dieser Leistungen auf 92,5 %, was einem durchschnittlichen Punktwertzuschlag von ca. 4 Cent entspricht. Die Förderung wird von der KV Sachsen zugesetzt, nachdem zunächst die Honorierungen der Leistungen aus dem von der KV Sachsen zur Verfügung gestellten Finanzvolumen erfolgte. Dieses bemisst sich aus den finanziellen Mitteln der KV Sachsen aus der MGV in Höhe der im Quartalsdurchschnitt des Jahres 2019 eingesetzten Finanzmittel, fortentwickelt um die Steigerungsfaktoren der MGV-Vereinbarungen 2020 und 2021. Sollten die finanziellen Mittel für die vereinbarte Auszahlungsquote im 4. Quartal 2021 unter Berücksichtigung der Ausgleichsregelungen in Teil 2, Anlage 1, § 5 Abs. 2 und 5 nicht ausreichen, besteht seitens der Krankenkassen eine Nachschusspflicht. Sollten sich aus Anlage 2 Restmittel ergeben, verständigen sich die Vertragspartner, ob diese für die Nachschusspflicht vorrangig zu berücksichtigen sind.

§ 5

Laufzeit

Diese Förderung ist befristet für 2021.

Anlage 7 zu Teil 2

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

Förderung konservativer Leistungen von Augenärzten

§ 1 Versorgungsmangel

In Sachsen sind im Vergleich zum Bundesgebiet höhere Prävalenzen bei diabetischen, arteriosklerotischen und hypertonen Erkrankungen festzustellen. Um mögliche Folgen in der Sehfähigkeit der Patienten zu vermeiden, müssen bei Vorliegen der genannten Erkrankungen zeitnah entsprechende Augenuntersuchungen durchgeführt werden. Aufgrund der bereits hohen Behandlungszahlen in Sachsen (5.907) bei Augenärzten im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (5.061) gemäß dem Honorarbericht der KBV für 2018, bedeutet ein zeitnaher Zugang dieser Patienten eine weitere Überlastung der vorhandenen ärztlichen Kapazitäten. Um dennoch den Zugang für die Patienten zu gewährleisten, ist eine Förderung notwendig.

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

Eine hohe Anzahl an Terminanfragen bei der Terminservicestelle und Beschwerden von Versicherten bei Krankenkassen über nicht erhaltene Behandlungstermine belegen, dass die vorhandene Behandlungskapazität für konservative Behandlungen in Sachsen nicht ausreicht. So konnten von 1.553 Anfragen an die Terminservicestelle lediglich 287 (18,5 %) vermittelt werden (Auswertung Terminservicestelle für das Quartal 1/2020).

Aktuell liegt die Behandlungsfallzahl je Augenarzt in Sachsen um rund 17 % über der im Vergleich zum Bund. Die Anzahl der Augenärzte in Sachsen nimmt nur leicht zu (Quelle: KBV-Honorarbericht für Quartal 2019/2).

In acht Planungsbereichen wurde durch den Landesausschuss zum Stand Juli 2020 drohende Unterversorgung festgestellt.

§ 2 Ziele der Förderung

Augenärzte, die konservative Behandlungen vornehmen, stellen die Betreuung und Behandlung der Versicherten durch überdurchschnittliche Behandlungsfallzahlen sicher.

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

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

§ 3 Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung

Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Gesamtvertragspartner die Entwicklung der Anzahl und die Verteilung der

- konservativ tätigen Augenärzte in Sachsen sowie
- erbrachten Leistungen

Messgröße:

Die Behandlungsfallzahl konservativer augenärztlicher Leistungen soll insgesamt um 2 bis 5 % gegenüber dem Jahr 2020 steigen.

Die KV Sachsen übermittelt den LVSK spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung die Behandlungsfallzahl konservativer augenärztlicher Leistungen

§ 4 Umsetzung der Förderung und Abrechnung

- (1) Bei ausschließlich konservativ tätigen Augenärzten und von der KV Sachsen anerkannten geringfügig operierenden Augenärzten mit hohem Anteil konservativer Tätigkeit wird für jede abgerechnete und vergütete GOP 06225 EBM (Zuschlag zu den augenärztlichen Grundpauschalen für die Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch konservativ tätige Augenärzte) jeder Punkt mit einem Zuschlag in Höhe von 0,8 Cent auf die vergüteten Leistungen gefördert.
- (2) Bei ambulant operierenden Augenärzten, die nach den Vorschriften des EBM und des aktuellen HVM der KV Sachsen keine Zuschlagsberechtigung für die GOP 06225 EBM (Zuschlag zu den augenärztlichen Grundpauschalen für die Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch konservativ tätige Augenärzte) haben, aber auch eine versorgungsrelevante Anzahl von konservativ zu behandelnden Patienten betreuen, erhält der operierende Augenarzt ab dem 451. konservativ behandelten Patienten je Quartal, bei denen keine Leistungen der Nr. 6 der Präambel 6.1 EBM und/oder der Intravitrealen Medikamenteneingabe (IVOM - GOP 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 EBM) vergütet werden, eine Vergütung analog der GOP 06225 EBM.

Hierzu wird in jedem anspruchsberechtigten Behandlungsfall eine Nr. 06225O (Zuschlag analog zu den augenärztlichen Grundpauschalen für die Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch konservativ tätige Augenärzte) von der KV Sachsen zugesetzt.

Vom Gesamtleistungsbedarf der Nr. 06225O wird dann im Anschluss der Leistungsbedarf von 450 Leistungen der Nr. 06225O abgezogen und im Verhältnis zum Gesamtleistungsbedarf der Nr. 06225O quotiert. Die Quotierung der Nr. 06225O erfolgt somit wie folgt:

(Gesamtleistungsbedarf der Nr. 06225O - Leistungsbedarf von 450 Leistungen der Nr. 06225O) / Gesamtleistungsbedarf der Nr. 06225O.

Maximal wird die GOP mit den Preisen der SGO vergütet.

Die KV Sachsen setzt die Zuschläge je Behandlungsfall zu und quotiert die entsprechende Förderhöhe.

§ 5 Laufzeit

Die Förderung ist bis 31. Dezember 2021 befristet.

Anlage 8 zu Teil 2

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

Förderung der spezifischen Immuntherapie

§ 1 Versorgungsmangel

In Sachsen ist eine steigende Anzahl von Allergikern durch allergieauslösende Umwelteinflüsse zu verzeichnen. Die Immuntherapie ist die einzige kausale Therapie allergischer Erkrankungen. Sie ist erst dann effektiv, wenn die nach aktueller Leitlinie empfohlene Behandlungsdauer von mindestens drei Jahren erreicht wird.

Bundesweit ist eine Abnahme der Patienten, die allergologische Leistungen erhalten, von 2010 zu 2007 um 12,6 % belegt. Außerdem gibt es eine Zunahme der kodierten Allergiediagnosen in Deutschland (Rhinitis bzw. Asthma) um 18 % bzw. 23 % (2007 zu 2010).

Vgl. Biermann et al. 2013. Allergische Erkrankungen der Atemwege – Ergebnisse einer umfassenden Patientenkohorte in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung. *Allergo J*, 22, 366-373

Die Abrechnungsdaten für Sachsen ergaben folgenden Verlauf in der Anzahl der patientenkonkreten Inanspruchnahme der spezifischen Immuntherapie des jeweils ersten Quartals 2017, 2018, 2019:

1. Behandlungsjahr Patienten	22.953
2. Behandlungsjahr Patienten	14.744
3. Behandlungsjahr Patienten	8.892

Damit wird deutlich, dass in Sachsen vom 1. zum 2. Behandlungsjahr eine Abbruchquote von 35 % und vom 1. zum 3. Behandlungsjahr von 61 % besteht.

Die nicht vollständige Durchführung der spezifischen Immuntherapie über mindestens 3 Jahre und damit ein vorzeitiger Therapieabbruch führen dazu, dass der Behandlungserfolg gefährdet ist und ein sog. Etagenwechsel, d.h. ein Wechsel vom HNO-Bereich in die Region der Lunge im Sinne eines Asthma bronchiale, droht. Durch den dann vermehrten, häufig dauerhaften Einsatz von symptomatischen Medikamenten wie Nasen- und Asthmaspray sowie Antihistaminika, aber auch durch Arbeitsunfähigkeiten, entstehen erhebliche Folgekosten.

Die orale Hyposensibilisierung ist eine studienbelegte Therapieoption und der subkutanen Therapie gleichzusetzen.

Die erste Einnahme der Tablette erfolgt unter ärztlicher Aufsicht in der Praxis und kann dann zu Hause fortgesetzt werden. Eine Folgeverordnung wird dann in der Regel nach 3 Monaten ausgestellt. Hier liegt die hohe Verantwortlichkeit des Arztes, der überprüfen sollte, dass das Rezept abgeholt und eingelöst und die Tabletten dann auch eingenommen werden. Dieses Monitoring ist mit einem erhöhten Aufwand seitens des Arztes und Praxispersonals verbunden.

Aus diesem Grund wird die orale Immuntherapie in die Förderung einbezogen.

§ 2 Ziele der Förderung

Es soll gemäß dem 456. Beschluss des Bewertungsausschusses Nr. 2 Anstrich 1 eine flächendeckende ambulante spezifische Immuntherapie sichergestellt werden und die Compliance der Patienten gefördert werden. Die Abbruchquote bei spezifischen Immuntherapien soll verringert werden. Nach erfolgreicher Beendigung der spezifischen Immuntherapie sinken die für die Versicherten spürbaren allergischen Auswirkungen.

§ 3 Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung

Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Gesamtvertragspartner die Entwicklung der Anzahl und die Verteilung der Ärzte, welche die spezifische Immuntherapie durchführen. Zudem wird eine Auswertung erfolgen, wie sich die Anzahl der Patienten entwickelt, die innerhalb von 3 Jahren mit Leistungen entsprechend der GOP 30130 EBM behandelt wurden und ob sich die für Sachsen festgestellten Abbruchquoten verringern. Für die Messbarkeit wird die Entwicklung der Patientenzahl in den drei Behandlungsjahren ab 2019 geprüft.

Die Entwicklung der oralen Immuntherapie wird im Jahr 2021 an der tatsächlichen Förderung nach Angabe der geförderten Ärzte über die Jahre 2019 und 2020 festgestellt. Für die Messbarkeit wird die Entwicklung der Patientenzahl in den drei Behandlungsjahren ab 2019 geprüft.

Messgröße:

Für die subkutane Immuntherapie:

Es erfolgt ein Absinken der Abbruchquoten auf 25 % vom 1. zum 2. Behandlungsjahr und auf 50 % vom 1. zum 3. Behandlungsjahr.

Für die orale Immuntherapie

Für 2021 erfolgt eine Erfassung der Förderungen. Da es sich bis 2019 um eine nicht gesondert abgerechnete Behandlung handelt, sind Auswertungen erst 2020 möglich. Da es sich um eine Alternativbehandlung zur subkutanen Immuntherapie handelt, gelten die Auswertungen zur subkutanen Immuntherapie auch für die orale Immuntherapie.

Die KV Sachsen übermittelt den LVSK spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung die

- Anzahl der Ärzte, welche die spezifische Immuntherapie abrechnen (Aufgreifkriterium: GOP 30130 EBM und/oder Abrechnungsziffer 99903, je vorliegendes Abrechnungsquartal 2021 und je Abrechnungsquartal 2019 und 2020, je Planungsbereich)
- Abbruchquote (je vorliegendes Abrechnungsquartal 2021 zu 2020 und zu 2019 im Vergleich zu dem Abrechnungsquartal 2020 zu 2019 und zu 2018)

§ 4 Umsetzung der Förderung und Abrechnung

Die Vertragspartner fördern die quartals- und jahresübergreifende Behandlung der Patienten mit Leistungen der spezifischen Immuntherapie nach der GOP 30130 EBM inkl. Buchstabenkennung durch Berücksichtigung des empfohlenen Dreijahreszeitraums der Behandlung. Der erste Arzt-Patienten-Kontakt im zweiten Krankheitsfall (2. Behandlungsjahr) wird mit einem Zuschlag in Höhe von 20,00 EURO (Abrechnungsziffer 99675A) gefördert. Der erste

Arzt-Patienten-Kontakt im dritten Krankheitsfall (3. Behandlungsjahr) wird mit einem Zuschlag in Höhe von 40,00 EURO (Abrechnungsziffer 99675B) gefördert.

Die Vertragspartner fördern ebenfalls die quartals- und jahresübergreifende Behandlung der Patienten mit Leistungen der oralen Immuntherapie durch Berücksichtigung des empfohlenen Dreijahreszeitraums der Mindestbehandlung. Der erste Arzt-Patienten-Kontakt im zweiten Krankheitsfall (2. Behandlungsjahr) wird mit einem Zuschlag auf die mit der Kennzeichnung GOP 99903 markierten Versichertenpauschale in Höhe von 20,00 EURO (Abrechnungsziffer 99675A) gefördert. Der erste Arzt-Patienten-Kontakt im dritten Krankheitsfall (3. Behandlungsjahr) wird mit einem Zuschlag auf die mit der Kennzeichnung GOP 99903 markierten Versichertenpauschale in Höhe von 40 EURO (Abrechnungsziffer 99675B) gefördert.

Die Förderung wird vom Arzt abgerechnet. Durch die Abrechnung der Förderung erklärt der jeweilige Arzt konkludent, dass die Voraussetzungen für die Förderung erfüllt sind.

§ 5 Laufzeit

Die Förderung ist bis 31. Dezember 2021 befristet.

Anlage 9 zu Teil 2

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

Förderung der Leistungen der sozialpädiatrischen Versorgung

§ 1 Versorgungsmangel

Auf diesem Versorgungsgebiet ist eine Zunahme der Behandlungen sozial auffälliger Kinder auf Grund sozioökonomischer Rahmenbedingungen festzustellen. Die Nichtbehandlung von Entwicklungsstörungen im Kindesalter hat schwerwiegende negative Auswirkungen im Erwachsenenalter. Der Einstieg in die Behandlung von Entwicklungsstörungen soll vor allem im nieder- und mittelschwelligen Bereich erfolgen, um notwendige Fördermaßnahmen zu planen und die entsprechende Behandlung einleiten und durchführen zu können.

Das Statistische Landesamt Sachsen veröffentlichte zuletzt die Daten zur Kindeswohlgefährdung des Jahres 2018. Demnach stieg die Anzahl der eingeleiteten Verfahren zur Überprüfung der Kindeswohlgefährdung in 2018 um 1,5 % auf 6.115 gegenüber dem Jahr 2017 von 6.026 Verfahren an.

Aus einer Kindeswohlgefährdung können Störungen bzw. Erkrankungen resultieren, wie z.B. Schmerzen, Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen, Entwicklungsverzögerungen oder emotionale Störungen. Die Zunahme der eingeleiteten Verfahren zur Überprüfung der Kindeswohlgefährdung um 1,5% ist nur ein Beispiel für die Zunahme der Inanspruchnahme der Kinderärzte im Bereich der sozialpädiatrischen Versorgung. Das resultiert aus einem Anstieg der Entwicklungsverzögerungen, emotionalen Störungen, Sprachentwicklungsverzögerungen und Verhaltensstörungen im Kinder- und Jugendalter.

Infolge der Zunahme der eingeleiteten Verfahren ist es wichtig, dass für die Behandlung dieser gefährdeten Kinder und Jugendlichen genügend ärztliche Kapazitäten mit der Zusatzqualifikation der Sozialpädiatrie zur Verfügung stehen. Auch infolge anderer Erkrankungen, ohne dass eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, z. B. bei Migräne, Spannungskopfschmerz, Epilepsie, kann eine sozialpädiatrische Versorgung angezeigt sein.

§ 2 Ziele der Förderung

Mit der Förderung der sozialpädiatrischen Versorgung soll der Einstieg in die koordinierte Behandlung und Therapie dieser gefährdeten/erkrankten Kinder sichergestellt werden, in dem gemäß dem 456. Beschluss des Bewertungsausschusses Nr. 2 Anstrich 3 ausreichend Kinder- und Jugendärzte diese Zusatzqualifikation erwerben. Die Kinder und Jugendlichen sollen im Rahmen der ärztlichen Behandlung adäquat medizinisch versorgt und ggf. in eine psychotherapeutische oder Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung gelenkt bzw. zu anderen fachärztlichen Versorgungen überwiesen werden, soweit dies erforderlich ist.

Die derzeitige Zahl der Leistungserbringer von 171 die über die Qualifikation Sozialpädiatrie verfügen, sollte deshalb steigen und so eine Flächendeckung in Sachsen gewährleisten, um eine wohnortnahe Angebotsstruktur vorzuhalten.

Ziele der Förderung sind zudem die Verbesserung der wohnortnahen Angebotsstruktur, die frühzeitige Diagnostik von entsprechenden Erkrankungen und damit eine zielgerichtete The-

rapie und Entlastung von Bezugspersonen sowie die Gewährleistung der Chancengleichheit (PrävG). Außerdem soll eine Erhöhung der Behandlungsfallzahlen je Arzt erreicht werden. Bei neuen Leistungserbringern soll der Anreiz zum Erwerb der Qualifikation Sozialpädiatrie geschaffen werden. Insbesondere soll Patienten der Zugang in diese Versorgung ermöglicht werden. Dadurch wird eine psychiatrische Steuerung und eine gezielte Zuweisung möglich. Dies bedeutet für die Patienten eine wesentliche Verbesserung der Versorgung.

§ 3

Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung

Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Gesamtvertragspartner die Entwicklung der Anzahl und die Verteilung der Ärzte mit der Qualifikation Sozialpädiatrie. Zudem wird eine Auswertung erfolgen, wie sich die Anzahl der behandelten Patienten und die Leistungshäufigkeiten der GOPen des Abschnitts 4.2.4 EBM entwickeln.

Messgröße:

Die Anzahl der Ärzte die über die Qualifikation verfügen, steigt gegenüber dem Stand vom Oktober 2020 um jährlich 1 - 3 %.

Die KV Sachsen übermittelt den LVSK spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung die

- Anzahl der Ärzte, welche die GOP 04355 EBM abrechnen (GKV-Wert, je Abrechnungsquartal)
- Verteilung der Ärzte mit Stichtag 1. Juli 2021
- Anzahl der behandelten Patienten (GKV-Wert, je Abrechnungsquartal)
- Leistungshäufigkeit des Abschnitts 4.2.4 EBM (GKV-Wert, je Abrechnungsquartal).

§ 4

Umsetzung der Förderung und Abrechnung

Die Vertragspartner vereinbaren die Förderung der GOP 04355 EBM inkl. Buchstabenkennung mit einem Punktwertzuschlag in Höhe von 1,2 Cent auf die vergüteten Leistungen. Die Förderung wird von der KV Sachsen zugesetzt.

§ 5

Laufzeit

Die Förderung ist bis 31. Dezember 2021 befristet.

Anlage 10 zu Teil 2

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

Förderung der patientenzentrierten Geriatrie- und Palliativversorgung

§ 1 Versorgungsmangel

Der Anteil der Bevölkerung in hohen Altersgruppen ist in Sachsen weit höher als im Bundesschnitt. Die Altersgruppen der Versicherten ab 75 Jahre und älter ist in Sachsen mit 15,9% ein Drittel höher als im Bundesschnitt (11,8%) (Quelle: Mitgliederstatistik KM6 Stichtag 1. Juli 2020).

Versicherte in höheren Altersgruppen sind zum größeren Anteil weniger mobil als jüngere Versicherte. Das Aufsuchen der Arztpraxen ist für sie teilweise nicht mehr möglich, durch gestiegene (Multi-)Morbidity. Somit benötigen diese Versicherten, vor allem als Pflegeheimbewohner, häufiger Hausbesuche durch ihre behandelnden Ärzte.

Gleichzeitig ist die Anzahl der erbrachten Hausbesuche trotz älter werdender Bevölkerung rückläufig (GOPen 01410, 01411, 01413 und 01415 EBM Rückgang der Anzahl abgerechneter Leistungen von 2016 zu 2019 um 13,4 %; Quelle ARZTRG87aKA_SUM).

§ 2 Ziele der Förderung

Es sollen Anreize zur häuslichen geriatrischen Versorgung gesetzt werden. Die Zahl der Ärzte, die Hausbesuche für geriatrische Patienten durchführen und die Anzahl der Hausbesuche sollen gemäß dem 456. Beschluss des Bewertungsausschusses Nr. 2 Anstriche 2 und 3 steigen.

Zudem soll im Rahmen der Palliativversorgung eine flächendeckende Behandlung insbesondere im gewohnten häuslichen Bereich des Versicherten erfolgen. Hier sollen gemäß dem 456. Beschluss des Bewertungsausschusses Nr. 2 Anstriche 2 und 3 für Leistungserbringer Anreize geschaffen werden, die palliativmedizinische Behandlung der hochmorbiden Patienten aufzunehmen und zu gewährleisten. Die Zahl der Ärzte, die Hausbesuche für Palliativpatienten durchführen und die Anzahl der Hausbesuche sollen steigen.

§ 3 Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung

Die Vertragspartner messen die Zunahme der Patienten ab dem 76. Lebensjahr mit mindestens zwei Hausbesuchen je Arzt im Behandlungsfall sowie die in der in Häuslichkeit behandelten Palliativpatienten.

Messgröße:

Die Anzahl der geförderten geriatrischen Patienten steigt um 1 bis 3 %.

Die KV Sachsen übermittelt den LVSK je Abrechnungsquartal im Vergleich zum Vorjahresquartal spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung die

- Anzahl der geförderten Patienten
- Anzahl der Ärzte, die Hausbesuche für geriatrische Patienten nach den oben beschriebenen Kriterien durchführen,
- Anzahl der Fälle mit mindestens 2 Hausbesuchen bei geriatrischen Patienten, (GKV-Wert)
- Anzahl der Ärzte, die Hausbesuche für Palliativpatienten durchführen,
- Anzahl der Hausbesuche für Palliativpatienten, (GKV-Wert)

Mitte des Jahres 2021 stellen die Vertragspartner mit den bis dahin vorliegenden Abrechnungsdaten fest, ob sich eine Verbesserung der geriatrischen Versorgung ergeben hat.

§ 4

Umsetzung der Förderungen und Abrechnung

Zur Identifikation der Leistungserbringer, die diese förderungswürdige Leistung erbringen, wird die Anzahl der Patienten (inkl. Heimpatienten) mit einem Alter ab dem 76. Lebensjahr festgestellt, bei denen mindestens zwei Hausbesuche (inkl. NÄPa: 01410, 01411, 01412, 01413, 01415, 03062, 03063 sowie 38200 bis 38207 des EBM inkl. Buchstabenkennung) je Patient durchgeführt wurden. In Behandlungsfällen mit mindestens zwei Hausbesuchen (Haus- oder Mitbesuch) erhält der Arzt eine Förderung von 10,00 EURO über die GOP 99676.

Im Rahmen der palliativmedizinischen Behandlung bei Erwachsenen und Kindern wird für Patienten der Hausbesuch nach den GOPen 03372, 03373, 04372 oder 04373 des EBM inkl. Buchstabenkennung mit einem Punktwertzuschlag von 4 Cent gefördert.

Die Förderungen werden von der KV Sachsen zugesetzt.

§ 5

Laufzeit

Die Förderung ist bis 31. Dezember 2021 befristet.

Anlage 11 zu Teil 2

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

Förderung der fachärztlichen Versorgung durch Kinderärzte

§ 1 Versorgungsmangel

Verschiedene Kinderärzte haben Zusatzqualifikationen erworben, die sie berechtigen fachärztlich tätig zu sein. Diese Zusatzqualifikationen sind insbesondere für die Versorgung von Kindern erforderlich, die aufgrund einer internistischen Erkrankung der Behandlung bedürfen.

In Sachsen ist eine sehr geringe Anzahl Kinderärzte fachärztlich tätig.

Fachärztlich tätige Kinderärzte	Anzahl Ärzte	Kinder in 4/2019
Kinderkardiologie	14	2.478
Neuropädiatrie	25,5	673
Pädiatrische Hämatologie / Onkologie	4,5	154
Pädiatrische Gastroenterologie	2	9
Pädiatrische Pneumologie	17	2.790
Pädiatrische Rheumatologie	7	94
Pädiatrische Nephrologie/Dialyse	3	64
Pädiatrische Endokrinologie / Diabetologie	8,5	1.324

Nach Auswertungen des Jahres 2018 sind in der Altersgruppe der 0 bis 15 Jährigen immer noch Kinder in Behandlung bei Fachinternisten für Erwachsene gewesen.

PG	Name	FZ_AK0b15
201	Innere Medizin - Angiologie	164
202	Innere Medizin - Endokrinologie und Diabetologie	159
203	Innere Medizin - Gastroenterologie	367
204	Innere Medizin - Hämatologie und Onkologie	172
205	Innere Medizin - Kardiologie	434
206	Innere Medizin - Nephrologie	157
207	Innere Medizin - Pneumologie	2.256
208	Innere Medizin - Rheumatologie	78

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

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

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

§ 2 Ziele der Förderung

Mit der Förderung soll gemäß dem 456. Beschluss des Bewertungsausschusses Nr. 2 Anstriche 1 und 2 die Anzahl der fachärztlichen Behandlungsfälle bei den fachärztlich tätigen Kinderärzten erhöht und die Anzahl der Behandlungsfälle in der regulären kinderärztlichen Versorgung bei diesen Ärzten gesenkt werden.

§ 3 Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung

- (1) Gemessen werden die Behandlungsfälle, bei denen fachärztlich tätige Kinderärzte schwerpunktmäßig und nicht schwerpunktmäßig tätig werden.
- (2) Die Zahl der Behandlungsfälle von Kindern im Alter von 0 bis 15 Jahren bei fachärztlichen Internisten mit den entsprechenden Schwerpunkten soll konstant bleiben oder sinken.

Messgröße:

Es erfolgt eine Steigerung der geförderten Fälle um 1 bis 3 %.

Die KV Sachsen übermittelt den LVSK spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung

- die Anzahl der geförderten Fälle,
- die Anzahl der schwerpunktmäßig (Kapitel 4.4 und 4.5 EBM) und nicht schwerpunktmäßig versorgten Kinder bei fachärztlich tätigen Kinderärzten, verglichen mit dem Vorjahresquartal (GKV-Wert von Kinderärzten, differenziert nach Schwerpunktbezeichnung, je Abrechnungsquartal) sowie
- die Zahl der Behandlungsfälle von Kindern im Alter von 0 bis 15 Jahren bei fachärztlich tätigen Internisten.

§ 4 Umsetzung der Förderung und Abrechnung

Die fachärztlich tätigen Kinderärzte erhalten für jeden fachärztlichen Behandlungsfall bei dem Leistungen nach den Abschnitten 4.4 oder 4.5 des EBM zur Abrechnung gelangen, einen Zuschlag in Höhe von 20,00 EURO zu den Gesprächsleistungen nach den GOPen 04230 und/oder 04231 EBM inkl. Buchstabenkennung gezahlt.

Die Förderung wird von der KV Sachsen zugesetzt.

§ 5 Laufzeit

Die Förderung ist bis 31. Dezember 2021 befristet

Anlage 12 zu Teil 2

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

Förderung der Sonografie für Haus- und Fachärzte

§ 1

Versorgungsmangel

Analysen haben ergeben, dass eine große Zahl von Ärzten (12,3 %), die über die Genehmigung zur Erbringung sonografischer Leistungen verfügen, keine diesbezüglichen Leistungen erbringen. Dies gefährdet eine flächendeckende Versorgung mit sonografischen Leistungen. Auch führt es dazu, dass Untersuchungen, die mittels Sonografie durchgeführt werden könnten, durch andere bildgebende Verfahren (CT, MRT) substituiert werden. Insbesondere die CT-Untersuchung ist mit einer Strahlenbelastung verbunden.

§ 2

Ziele der Förderung

Um die flächendeckende Versorgung mit sonografischen Leistungen zu stärken, werden diese gemäß dem 456. Beschluss des Bewertungsausschusses Nr. 2 Anstriche 1 und 3 gefördert. Damit soll ein Anreiz geschaffen werden, dass Ärzte, die über eine entsprechende Genehmigung verfügen, eine Untersuchung mit einem Sonografiegerät vor Ort durchführen. Infolge dessen sind zeitnahe Befunde und verminderte Wartezeiten möglich.

Konkrete Ziele sind:

- die Erhöhung der Anzahl der Genehmigungsinhaber, die sonografische Leistungen erbringen können
- Erhöhung der Anzahl der Leistungen
- Erhöhung der Anzahl der Leistungserbringer und Umsteuerung in der Art der Versorgung

§ 3

Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung

Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vertragspartner die Veränderung

- der Anzahl der Ärzte mit Genehmigung gemäß Ultraschall-Vereinbarung
- die Entwicklung der abgerechneten Leistungen
- der Anzahl Leistungserbringer
- der Anzahl der Sonografien, der CT- und MRT- Leistungen
- der Versorgungsdichte (Entwicklung der Sonografie-Leistungen nach Regionen)

Messgröße:

Es erfolgt eine Erhöhung der Anzahl der Genehmigungsinhaber gemäß Ultraschall-Vereinbarung, die sonografische Leistungen erbringen, um 0 % bis 1 % sowie der Leistungserbringer um 1 bis 3 %. Die Gesamtanzahl der geförderten Sonografien erhöht sich um 2 bis 4 %.

Die KV Sachsen übermittelt den LVSK quartalsweise spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung die

- Leistungshäufigkeit der Leistungen gemäß § 4 (GKV-Wert),
- Anzahl der Genehmigungsinhaber und Leistungsabrechner im Vergleich zum Vorjahreszeitraum
- Leistungshäufigkeit der CT und MRT- Leistungen (GKV-Wert)

Mitte 2021 stellen die Vertragspartner mit den bis dahin vorliegenden Abrechnungsdaten fest, ob sich eine Verbesserung der Versorgungssituation ergeben hat.

Die Vertragspartner prüfen, ob die Förderung der Sonografie zu einer Veränderung der Leistungserbringung bei radiologischen Leistungen geführt hat.

§ 4

Umsetzung der Förderung und Abrechnung

Gefördert werden Leistungen nach den GOPen 33000 bis 33012, 33040 bis 33074, 33076 bis 33081 EBM inkl. Buchstabenkennung mit 0,8 Cent pro Punkt des EBM.

Die Förderung wird von der KV Sachsen zugesetzt.

§ 5

Laufzeit

Die Förderung ist bis 31. Dezember 2021 befristet.

Anlage 13 zu Teil 2

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

Förderung der konservativen rheumatologischen Leistungen

§ 1 Versorgungsmangel

Ein Rheumatologe ist in Sachsen bereits jetzt für durchschnittlich ca. 1.300 Patienten zuständig – mit steigender Tendenz. Damit übersteigt der Bedarf die vorhandene Behandlungskapazität bei weitem. Deutlich wird dies auch durch die Bedarfsplanung. In dieser wurde durch die Vertragspartner festgestellt, dass zum 1. Oktober 2020 sachsenweit 5,5 freie Stellen ausschließlich für Rheumatologen zzgl. 2,5 Stellen für fachärztlich tätige Internisten für den Versorgungsbedarf nicht besetzt sind. Daraus resultiert – bei gleichbleibender Anzahl von Leistungserbringern – ein überdurchschnittlicher Anstieg der Behandlungsfallzahl in Höhe von 18 % über dem Bundesdurchschnitt (KBV Honorarbericht 2018).

In 2020 lässt sich ein aktiver Facharzt in Sachsen weiterbilden.

§ 2 Ziele der Förderung

Mit der Förderung soll gemäß dem 456. Beschluss des Bewertungsausschusses Nr. 2 Anstrich 1 und 3 die konventionelle Behandlung von Patienten mit Rheumaerkrankungen gestärkt werden. Deshalb soll die rheumatologische Versorgung durch Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie und rheumatologisch tätige Orthopäden gefördert werden.

§ 3 Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung

Ermittelt wird die Zahl der Patienten, bei denen mindestens eine GOP 13700, 13701 und/oder 18700 EBM im Quartal erbracht wird.

Messgröße:

Es erfolgt eine Steigerung der Zahl der Patienten um 1 bis 2 %. Die über ASV behandelten Patienten in ausschließlich vertragsärztlichen Teams können für die Ergebnismessung berücksichtigt werden.

Die KV Sachsen übermittelt den LVSK spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung die

- Anzahl der Patienten mit GOP 13700 und/oder 13701 EBM bzw. 18700 EBM (GKV-Wert, je Abrechnungsquartal)
- Anzahl der Fachärzte mit der Schwerpunktbezeichnung „Rheumatologie“ und/oder Ärzte, die die GOP 13700/13701 EBM abrechnen dürfen, soweit sie weniger als 60 % ihres Honorars aus Abschnitt 32.3 EBM im Vergleich zum Gesamthonorar erzielen (je Abrechnungsquartal) bzw. die Anzahl der Leistungserbringer, welche die GOP 18700 EBM abrechnen.

§ 4 Umsetzung der Förderung und Abrechnung

Gefördert werden Fachärzte mit der Schwerpunktbezeichnung „Rheumatologie“ und/oder Ärzte, die die GOP 13700/13701 EBM inkl. Buchstabenkennung abrechnen dürfen, soweit sie im zuletzt abgerechneten Quartal weniger als 60 % ihres Honorars aus Abschnitt 32.3 EBM im Vergleich zum Gesamthonorar erzielen sowie Orthopäden, welche die GOP 18700 EBM erbringen. Diese Ärzte erhalten einen Zuschlag in Höhe von 3,00 EURO pro Fall, in dem eine der oben genannten GOPen 13700 und/oder 13701 oder 18700 EBM abgerechnet wurde.

Die Förderung wird von der KV Sachsen zugesetzt.

§ 5 Laufzeit

Die Förderung ist bis 31. Dezember 2021 befristet.

Anlage 14 zu Teil 2

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

Förderung von psychiatrischen Gesprächen für Kinder und Jugendliche

§ 1 Versorgungsmangel

Die festgestellte Abnahme der Leistungen des kinder- und jugendpsychiatrischen Gesprächs (GOP 14220 EBM von 2017 zu 2019, Quelle ARZTRG87aKA_SUM) um 9,6 % und der Anleitung der Bezugsperson eines Kindes (GOP 14222 EBM von 2017 zu 2019, Quelle ARZTRG87aKA_SUM) um 5,5 % verschärft die psychiatrische Versorgungssituation der Kinder und Jugendlichen in ganz Sachsen. Bereits jetzt bestehen im Bereich Sachsen erhebliche Versorgungsprobleme, insbesondere in Ostsachsen. Die Nichtbehandlung von psychiatrischen Problemen im Kindesalter hat schwerwiegende negative Auswirkungen im Erwachsenenalter und damit auf die gesamte gesellschaftliche Entwicklung. Der Einstieg in die psychiatrische Behandlung soll vor allem im nieder- und mittelschwelligen Bereich erfolgen, um mögliche Folgebehandlungen richtig einzusetzen bzw. den Patienten zu ersparen.

Hinzu kommt, dass gemäß der Bedarfsplanung Stand Juli 2020 durch die Vertragspartner festgestellt wurde, dass bei Kinder- und Jugendpsychiatern in zwei Gebieten ein Versorgungsgrad von 58,8 % (Südsachsen) bzw. 59,3 % (Oberlausitz-Niederschlesien) besteht.

§ 2 Ziele der Förderung

Ziel dieser Förderung ist gemäß dem 456. Beschluss des Bewertungsausschusses Nr. 2 Anstrich 1 die Verbesserung der kontinuierlichen Versorgung der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Bezugs- oder Kontaktpersonen i. R. von kinder- und jugendpsychiatrischen Gesprächen, Behandlungen, Beratungen und Erörterungen.

Der Focus der geförderten Leistungen liegt auf Kindern und Jugendlichen mit mittlerer Behandlungsintensität.

Ziel ist die Verbesserung des Erstzugangs zum Kinder- und Jugendlichenpsychiater.

§ 3 Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung

Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen die Vertragspartner:

- die Entwicklung der Behandlungsfälle beim Kinder- und Jugendlichenpsychiater,
- die Anzahl der Patienten, bei denen die GOPen 14220 und 14222 EBM abgerechnet wurden, je Arzt
- die Entwicklung der Patientenzahl mit Leistungen nach Kap. 35.2 EBM beim Kinder- und Jugendlichenpsychiater.

Messgröße:

Es erfolgt eine Steigerung der Behandlungsfälle bei Kinder- und Jugendlichenpsychiatern um 1 bis 3 %, entsprechend erfolgt auch eine Steigerung der Fälle in denen die GOPen 14220 oder 14222 abgerechnet werden.

Die KV Sachsen übermittelt den LVSK quartalsweise spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung die

- Anzahl von Patienten mit GOP 14220 und/oder 14222 EBM je Arzt im Abrechnungsquartal und Vorjahresquartal
- Anzahl der Patienten mit Leistungen nach Kap. 35.2 EBM bei Kinder- und Jugendlichenpsychiatern im Abrechnungsquartal und Vorjahresquartal
- Leistungshäufigkeit der GOP 14220 und 14222 EBM (GKV-Wert) im Abrechnungsquartal und Vorjahresquartal.

§ 4

Umsetzung der Förderung und Abrechnung

Die Förderung der GOP 14220 EBM erfolgt durch einen Zuschlag nach der Abrechnungsziffer 99690A in Höhe von 5,00 EURO. Die Förderung der GOP 14222 EBM erfolgt durch einen Zuschlag nach der Abrechnungsziffer 99690B in Höhe von 3,00 EURO.

Die Förderung wird von der KV Sachsen zugesetzt.

§ 5

Laufzeit

Die Förderung ist bis 31. Dezember 2021 befristet.

Anlage 15 zu Teil 2

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

Förderung von radiologischen Leistungen für Onkologiepatienten

§ 1 Versorgungsmangel

Im Bereich der Onkologie erfolgt der Einsatz der Computer- und Magnetresonanztomografie (CT und MRT) vermehrt bei der Diagnoseerstellung, der Therapieplanung und der Behandlungskontrolle.

Der Einsatz moderner Tomographietechnik ermöglicht eine bessere Diagnostik und Vergleichbarkeit in der Verlaufskontrolle. Die Untersuchung jedes Körperabschnittes stellt in der Bewertungssystematik eine eigenständige Untersuchung dar. Dabei ist bei onkologischen Fragestellungen die Untersuchung mehrerer Körperregionen oftmals erforderlich. Auf Grund dessen sind bei onkologischen Patienten radiologische Untersuchungen von mehreren Körperregionen am gleichen Tag (Komplextermin) sinnvoll und entlasten den Patienten. Die Entlastungen und Vorteile für den Patienten beruhen auf den schneller verfügbaren Befunden, dem geminderten Einsatz von Kontrastmittel und Strahlung (überschneidende Regionen), der möglichen Verhinderung eines stationären Aufenthalts und dem geminderten Terminaufwand (gesparte Zeit und Transport).

Innovative, zunehmend ambulant verfügbare, onkologische Behandlungsmethoden erfordern zunehmend auch kurzfristige Befundkontrollen um die gewählte Behandlungsstrategie wirksam zu steuern und falls erforderlich anzupassen, um eine optimale Behandlung von Krebspatienten zu gewährleisten. Es liegt im Interesse des Patienten, eine unwirksame Therapie frühzeitig zu erkennen und umzusteuern.

Diese Entwicklung hin zu diesen Komplexterminen und Mehrfachuntersuchungen im Behandlungsfall ist jedoch in den bisherigen Angebotsstrukturen nicht abgebildet, weil die radiologische Regelversorgung von nur einem einzigen CT oder MRT im Behandlungsfall ausgeht. Der Mangel ergibt sich somit durch die Besonderheit der mehrfachen tomografischen Leistungen für Onkologiepatienten und deren intensive und kurzfristige Betreuung. Die Förderung verhindert eine Verstärkung des Mangels, die durch die Zunahme des Einsatzes der Tomografiertechnik zu erwarten ist. Sie fördert außerdem die Erweiterung der Steuerbarkeit innovativer onkologischer Behandlungen im ambulanten Bereich.

§ 2 Ziele der Förderung

Ziel dieser Förderung ist gemäß dem 456. Beschluss des Bewertungsausschusses Nr. 2 Anstrich 1 die Verbesserung der Versorgung von onkologischen Patienten bei der Anwendung tomografischer Geräteleistungen. Dies umfasst auch die Zur-Verfügung-Stellung verschiedener medizinisch notwendiger tomografischer Leistungen am selben Tag für mehrere Körperregionen (Komplextermin) ggf. auch mehrfach im Behandlungsfall inklusive einer zeitnahen Befundung der bildgebenden Verfahren in den nächsten drei Werktagen an den betreuenden Onkologen.

§ 3

Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung

Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Gesamtvertragspartner den Einsatz von CT- und MRT-Leistungen für die entsprechenden geförderten GOP zum jeweiligen Vorjahresquartal.

Außerdem wird für die geförderten CT- und MRT-Leistungen beim jeweiligen Patienten am selben Tag der Einsatz innerhalb von Komplexterminen (CT-Leistungen am selben Tag) gemessen, in Abgrenzung zu evtl. Behandlungen/Untersuchungen im Vorquartal.

Zur Abgrenzung zwischen der Umstellung der Praxisorganisation und evtl. strukturellen Versorgungsengpässen, werden die Entwicklungen je Planungsbereich erhoben.

Messgröße:

Es erfolgt eine Messung der Anzahl der geförderten Leistungen im Jahr 2021. Gleichzeitig erfolgt eine Messung des theoretischen Potentials der Förderungen in den Jahren 2021 und 2019.

Der Anteil der geförderten CT- und MRT-Leistungen im Jahr 2021 beträgt im Vergleich zu den abgerechneten CT- und MRT-Leistungen nach § 4 a) und b) für die betreffende Patientenlientel gemäß § 4: 30%.

Die KV Sachsen übermittelt den LVSK spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung

- die Anzahl der CT- und MRT-Leistungen nach § 4 a) und b) für die GKV gesamt im Abrechnungsquartal und Vorjahresquartal je Planungsbereich für die betreffende Patientenlientel gemäß § 4
- davon die Anzahl der geförderten CT- und MRT-Leistungen nach § 4 a) und b) im Abrechnungsquartal
- Potential der Förderung (Simulation) im Jahr 2021 im Vergleich zum Vorvorjahresquartal 2019 je Planungsbereich
- Anzahl der Komplextermine im Abrechnungsquartal im Vergleich zu den entsprechenden Abrechnungen im Vorvorjahresquartal je Planungsbereich

§ 4

Umsetzung der Förderung und Abrechnung

Die Förderung erfolgt, wenn im Zusammenhang mit Diagnosen der Kategorien C 00 bis D 48 des ICD 10 und der Befundung durch den Radiologen und Information des betreuenden Onkologen spätestens in den nächsten drei Werktagen der bildgebenden Verfahren

- a) nach den GOP 34310, 34311, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34342, 34350 und 34351 EBM mindestens zwei der CT-Leistungen am selben Tag (Komplextermin) mit der Abrechnungsziffer 99678C abgerechnet und vergütet werden in Höhe von 40 €. Die Abrechnungsziffer 99678C ist höchstens zweimal im Behandlungsfall (2 abgerechnete und vergütete CT-Leistungen je Tag) berechnungsfähig.
- b) mindestens zwei MRT-Leistungen nach GOP 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34440 bis 34442, 34450 und 34451 EBM im Behandlungsfall mit der Abrechnungsziffer 99678M abgerechnet und vergütet werden, einmal im Behandlungsfall, in Höhe von 40 €

Die Förderung wird vom Arzt abgerechnet. Durch die Abrechnung der Förderung erklärt der jeweilige Radiologe, dass die Befundinformation an den betreuenden Onkologen innerhalb von drei Werktagen erfolgt ist.

§ 5 Laufzeit

Diese Förderung ist befristet für 2021.

Teil 3

Festlegung der Gesamtvergütungen in Sachsen

Präambel

Die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung sowie die Vergütung von Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einer Krankenkasse wird im Jahr 2021 – gemäß § 87a Abs. 3 und 4 SGB V – und den Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Versorgung berechnet.

§ 1 Grundsätze

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

§ 2 Festsetzung der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2021

Die Ermittlung der MGV richtet sich nach dem 383., 441. und 451. Beschluss des Bewertungsausschusses, nachfolgend Beschluss genannt.

A Ausgangswerte gemäß Punkt 2.2.1.1 des Beschlusses

1. Gemäß dem Beschluss bilden die Summe der von allen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V für das jeweilige Vorjahr vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarfe gemäß der Satzart KASSRG87aMGV_SUM und ggf. aufgrund von Differenzen zwischen den Gesamtvertragspartnern einvernehmlich abgestimmte Korrekturen den Aufsatzwert für die Weiterentwicklung des Behandlungsbedarfs des aktuellen Jahres. Der Aufsatzwert wird quartalsweise auf der Grundlage der Daten des Vorjahresquartals ermittelt. Sofern in der Satzart KASSRG87aMGV_IK Differenzen zwischen der Meldung der KV Sachsen und der jeweiligen Krankenkasse festzustellen sind, werden diese Differenzen zwischen den Gesamtvertragspartnern einvernehmlich geklärt. Über die kassenartenspezifischen Differenzenklärungen sind die Gesamtvertragspartner von der betreffenden Kassenart entsprechend zu informieren.

2. Weiterhin werden die von den Krankenkassen gelieferten Versichertenzahlen der Satzart ANZVER87a gemäß Beschluss Punkt 2.2.3 genutzt. Sofern die Daten der Satzarten ARZTRG87aKA_SUM und ARZTRG87aKA_IK fehlerhaft sind, sind diese in Abstimmung mit den Krankenkassen zu korrigieren.
3. Für das Jahr 2021 ist der Aufsatzwert des Vorjahresquartals nachträglich zu korrigieren. Dies ist erforderlich, da die Basisberechnungen für die Jahre 2018 und 2019 noch nicht verbindlich zwischen den Gesamtvertragspartnern abgestimmt werden konnten. Außerdem ist der Behandlungsbedarf 2019 und 2020 aufgrund der Einführung der außerbudgetären Honorierung bestimmter Behandlungs- und Arztgruppenfälle aufgrund der verschiedenen TSVG-Konstellationen rückwirkend zu bereinigen. Diese Korrekturen müssen zunächst basiswirksam umgesetzt sein, bevor der Behandlungsbedarf für 2021 ermittelt werden kann.

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

1. Gemäß dem 506. Beschluss des Bewertungsausschusses wird der basiswirksam vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals im 1. und 2. Quartal 2021 um den erwarteten Mehrbedarf für die neu eingeführten Leistungen der GOPen 04417 und 13577 des EBM zur Abbildung der **Kosten für Programmier- und Auslesegeräte kardialer Implantate** erhöht. Der Erhöhungsbetrag wird durch Multiplikation der aufsummierten Häufigkeiten der GOPen 04411, 04413, 04415, 13571, 13573 und 13575 inkl. Suffixe im jeweiligen Vorjahresquartal mit 40 Punkten ermittelt und dem vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals hinzugefügt.
2. Gemäß dem 509. Beschluss des Bewertungsausschusses, wird der basiswirksam vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals im 1. und 2. Quartal 2021 um den erwarteten Minderbedarf der neu bewerteten **endoskopischen Leistungen** abgesenkt. Der Absenkungsbetrag ergibt sich durch Multiplikation des jeweiligen Differenzbetrages der alten und neuen Bewertungen der GOPen 04511, 08311 (mit Ausnahme der GOP 08311T), 08334, 09315, 09317, 13260, 13400, 13401, 13402, 13662, 26310 (mit Ausnahme der GOP 26310T), 26311 (mit Ausnahme der GOP 26311T) und 30601, jeweils einschließlich Suffixe, mit der Häufigkeit der entsprechenden GOP des jeweiligen Quartals des Jahres 2019 und wird vom vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals abgesetzt.
3. Gemäß dem 509. Beschluss des Bewertungsausschusses, wird der basiswirksam vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals im 1. und 2. Quartal 2021 um den erwarteten Mehrbedarf **für die endoskopischen Leistungen erforderlichen Sachkosten** erhöht. Der Erhöhungsbetrag ergibt sich durch Multiplikation der aufsummierten Häufigkeiten
für die GOP 40460
der GOPen, 08334, 13260, 13401, 13402 und 30601 inkl. Suffixe des jeweiligen Quartals des Jahres 2019 mit 7,26 EURO

für die GOP 40461
der GOPen 04511, 08311 (mit Ausnahme der GOP 08311T), 09315, 09317, 13400, 13662, 26310 (mit Ausnahme der GOP 26310T) und 26311 (mit Ausnahme der GOP 26311T) inkl. Suffixe des jeweiligen Quartals des Jahres 2019 mit 4,12 EURO

für die GOP 40462
der GOPen 04511 und 13400 inkl. Suffixe des jeweiligen Quartals des Jahres 2019 mit 1,87 EURO

dividiert durch den regionalen Punktwert des Jahres 2021. Der ermittelte Betrag wird dem vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals hinzugefügt.

4. Gemäß dem 511. Beschluss des Bewertungsausschusses, wird der basiswirksam vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals im 1. bis 3. Quartal 2021 um den erwarteten Mehrbedarf für die **Höherbewertung der rheumatologischen Grundpauschalen** erhöht. Der Erhöhungsbetrag ergibt sich durch Multiplikation des jeweiligen Differenzbetrags der alten und neuen Bewertung der Gebührenordnungspositionen 13691 und 13692, jeweils einschließlich Suffix, mit der Häufigkeit der entsprechenden Gebührenordnungspositionen des jeweiligen Quartals des Jahres 2019.
5. Gemäß dem 455. Beschluss des Bewertungsausschusses, Teil D III. erfolgt im 1. Quartal 2021 eine basiswirksame Erhöhung der MGV zur Finanzierung des Mehrbedarfs der **flexiblen Urethro(-zysto)skopie** der GOPen 26310 und 26313 EBM. Der Erhöhungsbetrag ergibt sich je Quartal durch Multiplikation der Häufigkeit im Vorjahresquartal der GOP 26310 mit 306 Punkten und durch Multiplikation der Häufigkeit im Vorjahresquartal der GOP 26313 mit 31 Punkten. Die Häufigkeiten beider Leistungen werden der Datenlieferung ARZTRG87aKA_SUM entnommen. Die ermittelten Produkte werden mit der KV-spezifischen Abstufungsquote nach C2 multipliziert.

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

1. Für die Ermittlung der nachfolgenden Punktmengen, die in die MGV ein- bzw. auszugliedern sind, sind nach dem Beschluss die Daten der Satzart ARZTRG87aKA_SUM jeweils mit MGV-Kennzeichen „2“ bzw. „1“ 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.
2. 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.
3. Für die im Zusammenhang mit der Ermittlung der Bereinigungsbeträge zu verwendende **Quote für die Bereinigung von Selektivverträgen** nach Punkt 5.4.1 (Beschluss des Bewertungsausschusses in der 400. Sitzung) und von **ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung** nach Punkt 7.1 (Beschluss des Bewertungsausschusses in der 420. Sitzung i. V. m. Teil 5, § 6 Abs. 2b) erfolgt die Ermittlung in Schritt 1. Die Quote wird kaufmännisch auf 4 Stellen nach dem Komma gerundet.
4. Gemäß dem 433. Beschluss des Bewertungsausschusses, Teil B werden die Leistungen zum **Nachweis spezifischer Anti-Drug-Körper** der GOPen 32480 und 32557 vom 2. Quartal 2021 bis 1. Quartal 2022 in die MGV überführt. Dazu werden die Leistungsmengen der genannten GOPen aus den Daten der Satzart ARTZRG87aKA_SUM mit MGV-Kennzeichen „2“ nach regionaler Euro-Gebührenordnung entnommen, mit der Abstufungsquote von 1 multipliziert und

durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals dividiert. Die so ermittelte Leistungsmenge wird dem Behandlungsbedarf zugesetzt.

5. Gemäß dem 441. Beschluss des Bewertungsausschusses, Teil D Punkt 2. wird der **Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA** nach der GOP 32850 vom 4. Quartal 2021 bis 3. Quartal 2022 in die MGV überführt. Dazu werden die Leistungsmengen der genannten GOP aus den Daten der Satzart ARTZRG87aKA_SUM mit MGV-Kennzeichen „2“ nach regionaler Euro-Gebührenordnung entnommen, mit der Abstufungsquote von 1 multipliziert und durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals dividiert. Die so ermittelte Leistungsmenge wird dem Behandlungsbedarf zugesetzt.
6. Gemäß dem 441. Beschluss des Bewertungsausschusses, Teil B werden die **Leistungen der Präeklampsie** der GOPen 32362 und 32363 vom 4. Quartal 2021 bis 3. Quartal 2022 in die MGV überführt. Dazu werden die Leistungsmengen der genannten GOPen aus den Daten der Satzart ARTZRG87aKA_SUM mit MGV-Kennzeichen „2“ nach regionaler Euro-Gebührenordnung entnommen, mit der Abstufungsquote nach Abs. C2 multipliziert und durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals dividiert. Die so ermittelte Leistungsmenge wird dem Behandlungsbedarf zugesetzt.
7. Gemäß dem 439. Beschluss des Bewertungsausschusses, Teil B wird die **genotypische HIV-Resistenztestung vor Erstverordnung von Delstrigo® und/oder Pifeltro®** vom 3. Quartal 2021 bis 2. Quartal 2022 in die MGV überführt. Dazu werden die Leistungsmengen der GOP 32818 des jeweiligen Vorjahresquartals aus den Daten der Satzart ARZTRG87aKA_SUM mit MGV-Kennzeichen „2“ nach regionaler Euro-Gebührenordnung entnommen und durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals dividiert. Es wird die Abstufungsquote von „1“ angesetzt. Die so ermittelte Leistungsmenge wird dem Behandlungsbedarf zugesetzt.
8. Gemäß dem 526. Beschluss des Bewertungsausschusses wird im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie für das 2. bis 4. Quartal 2021 für Punkt C quartalsweise geprüft, ob als Datengrundlage jeweils das Vorjahresquartal heranzuziehen ist. Sofern die bundesweiten Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses zum Punktzahlvolumen aller Leistungen je Versicherten für das 2. bis 4. Quartal 2020 eine kleinere Veränderungsrate als - 3,5 % gegenüber dem jeweiligen Quartal des Jahres 2019 ausweisen, ist das jeweilige Quartal des Jahres 2019 als Datengrundlage zu verwenden. In diesem Fall sind die zwischenzeitlich erfolgten TSVG-Bereinigungen sowie etwaige Auswirkungen der EBM-Weiterentwicklung zu berücksichtigen. Für die Ermittlung der KV-spezifischen Abstufungsquote gemäß C2 ist ebenfalls das entsprechende Quartal des Jahres 2019 zu verwenden.

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

1. Gemäß dem 455. Beschluss des Bewertungsausschusses, Teil D I. wird der basiswirksam festgestellte Behandlungsbedarf im 1. Quartal 2021 um 2.060.000 Punkte für die Finanzierung des Mehrbedarfs und der neuen Leistungen des **Chlamydien-screensings** nach den GOPen 01700, 01701, 01823, 01824, 01840 und 40100 des EBM erhöht.
2. Gemäß dem 480. Beschluss des Bewertungsausschusses wird der festgestellte Behandlungsbedarf bis 2. Quartal 2023 für den Wegfall des **Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste** aufgrund der Nutzung elektronischer Arztbriefe um den vom Bewertungsausschuss festgesetzten Betrag vermindert. Für das 1. und 2. Quartal

2021 verringert sich der Behandlungsbedarf basiswirksam je Quartal um jeweils 3.988.000 Punkte und für das 3. und 4. Quartal 2021 je Quartal um 1.654.000 Punkte.

3. Gemäß dem 504. Beschluss des Bewertungsausschusses wird der vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals im 1. und 2. Quartal 2021 infolge der geringeren erforderlichen Finanzierung zum **Einsatz von Diagnostika zur schnellen und qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie** je Quartal um 1.421.849 Punkte basiswirksam abgesenkt.

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

1. Von dem nach Abs. D festgestellten Behandlungsbedarf wird die gemäß Beschluss für das jeweilige Abrechnungsquartal aufgrund **ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung** gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V insgesamt ermittelte **Differenzbereinigungsmenge** in Punkten (positiv oder negativ) abgezogen.
2. Gemäß dem Beschluss ist der nach Abs. D festgestellte Behandlungsbedarf des Weiteren um die ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen **Bereinigungsvolumina** von Selektivverträgen zu mindern, auf deren Bereinigung Krankenkassen im Vorjahresquartal aufgrund der Vorgaben des 400. Beschlusses des Bewertungsausschusses **verzichtet haben**.

F Ausgleich des Kassenwechslereffektes gemäß Punkt 2.2.1.4 des Beschlusses

1. Gemäß dem 441. Beschluss des Bewertungsausschusses i. V. m. dem 451. und 513. Beschluss des Bewertungsausschusses zum **Kassenwechslereffekt** wird der nach Abs. E festgestellte Behandlungsbedarf unter Beachtung des Vorzeichens (positiv oder negativ) angepasst. Für den KV-Bereich Sachsen sind dies 0,0301 % je Quartal.

G Krankenkassenspezifische Anteilsbildung des Behandlungsbedarfs gemäß Punkt 2.2.2 des Beschlusses

1. Gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V i. V. m. dem Beschluss wird der nach Abs. F ermittelte Behandlungsbedarf je Quartal auf die Krankenkassen entsprechend ihrem **Anteil** an den für das jeweilige Vorjahresquartal für Versicherte mit Wohnort in Sachsen abgerechneten Leistungen (ARZTRG87aKA_IK jeweils mit MGV-Kennzeichen 1) nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung aufgeteilt.
2. Gemäß dem 526. Beschluss des Bewertungsausschusses wird im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie für das 2. bis 4. Quartal 2021 quartalsweise geprüft, ob als Datengrundlage für G1 jeweils das Vorjahresquartal heranzuziehen ist. Sofern die bundesweiten Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses zum Punktzahlvolumen aller MGV-Leistungen je Versicherten für das 2. bis 4. Quartal 2020 unter Einbeziehung des MGV-Abgrenzungsbeschlusses 2020 für beide Datenjahre und der bereinigten TSVG-Leistungen sowie der gekennzeichneten Leistungen des nichtvorhersehbaren Morbiditätsanstiegs eine größere Veränderungsrate als 3,5 % gegenüber dem jeweiligen Quartal des Jahres 2019 ausweisen, ist das jeweilige Quartal des Jahres 2019 als Datengrundlage zu verwenden.
3. 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.

4. Hat eine Krankenkasse vom **Bereinigungsverzicht** für Selektivverträge Gebrauch gemacht, so kann nach Aufteilung gemäß Beschluss dem Kassenspezifischen Anteil das für das Vorjahresquartal ermittelte und vorliegende voraussichtliche Bereinigungsvolumen der betreffenden Krankenkasse von der KV Sachsen zugesetzt werden, sofern der Schwellenwert von 500,00 EURO je Vertrag und Krankenkasse je Quartal unterschritten ist. Wird der Schwellenwert überschritten, erfolgt eine **Zusetzung**.

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

1. Der nach Abs. G festgestellte Behandlungsbedarf wird für die Ermittlung des quartalsweisen Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB V i. V. m. dem Beschluss um die Zahl der **Versicherten** der jeweiligen Krankenkasse mit Wohnort im Bereich der KV Sachsen **angepasst**. Dafür wird der aufgeteilte Behandlungsbedarf nach Abs. G für jede einzelne Krankenkasse durch die im Vorjahresquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendete Versichertenzahl gemäß der Datenlieferung ANZVER87a geteilt und mit der für das Abrechnungsquartal festgestellten Versichertenzahl gemäß der Datenlieferung ANZVER87a multipliziert. In Abstimmung zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der KV Sachsen kann der zu nutzende Wert angepasst werden.

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

1. Der nach Abs. H ermittelte Kassenspezifische Aufsatzwert wird gemäß dem 513. Beschluss des Bewertungsausschusses, Teil B um den für den Bezirk der KV Sachsen für die Neufassung des Kap. 25 (ohne die GOPen 25228 bis 25230) EBM (**Strahlentherapie**) festgestellten Betrag erhöht. Die für die KV Sachsen relevanten Beträge sind:

1. Quartal 2021: 69.200.943 Punkte
2. Quartal 2021: 72.359.000 Punkte
3. Quartal 2021: 72.422.832 Punkte und
4. Quartal 2021: 66.334.530 Punkte

Die Aufteilung dieser Beträge erfolgt je Quartal nach den Anteilen der jeweiligen Krankenkasse entsprechend der Leistungsbedarfsanteile der Versicherten der einzelnen Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der KV Sachsen an den Leistungen des Kap. 25 (ohne die GOPen 25228 bis 25230) des EBM und den Kostenpauschalen nach den GOPen 40840 und 40841 im entsprechenden Quartal des Jahres 2019. Die Anteilsbildung wird von der KV Sachsen in Schritt 3 abgebildet.

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

1. Der Kassenspezifische Aufsatzwert nach Abs. I wird nach dem 511. 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 0,2556 % basiswirksam gesteigert. Die **morbiditätsbedingte Veränderungsrate** ergibt sich aus der Wichtung 50:50 der diagnosebezogenen Rate in Höhe von 0,5004 % und der demografiebezogenen Rate in Höhe von 0,0108 %.

2. Weiterhin sind nach dem Beschluss die **vertragsübergreifenden Gesamtbereinigungen** je Versicherten der Krankenkasse multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenzahl im Vorjahresquartal zu addieren.
3. Zudem erfolgt gemäß dem Beschluss eine basiswirksame **Differenzbereinigung** für Neueinschreiber in **Selektivverträge** und Rückkehrer in die Kollektivversorgung sowie für Bestandsteilnehmer im Falle einer Änderung des Versorgungsumfangs des Selektivvertrages. Die Differenzbereinigungsmenge in Punkten (positiv oder negativ) ist vom vereinbarten Behandlungsbedarf in Punkten nach Abs. I abzuziehen. Ein positiver Wert stellt einen Abzug vom Behandlungsbedarf, ein negativer Wert eine Zusatzung dar. Die Ermittlung der Werte ergibt sich aus den Bereinigungsverträgen. Die Werte zur Ermittlung der Bereinigungsmengen ergeben sich aus den im Vorfeld vorläufig abgestimmten Berechnungen der KV Sachsen mit den betreffenden Krankenkassen bzw. Kassenverbänden.

K Ermittlung der zahlungsrelevanten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

1. Die nach Abs. J ermittelten quartalsbezogenen Gesamtbehandlungsbedarfe für alle Versicherten mit Wohnort in Sachsen werden auf eine Stelle nach dem Komma kaufmännisch gerundet und in Punkten ausgewiesen. Eine konkrete Benennung des Wertes des Gesamtbehandlungsbedarfes jedes Quartals kann erst nach den in Abs. A dargelegten Korrekturen erfolgen. Dieser Gesamtbehandlungsbedarf wird jeweils mit dem regionalen Punktwert gemäß Teil 2 § 1 multipliziert und ergibt die MGV je Quartal des aktuellen Jahres, die auf zwei Stellen nach dem Komma kaufmännisch gerundet wird. Der Ausweis der Summe der MGV für die GKV erfolgt je Quartal im Schritt 3 der Behandlungsbedarfsberechnungen. Des Weiteren werden die kassenspezifischen MGV-Anteile in Prozent ausgewiesen.
2. Von der nach Abs. K 1. ermittelten MGV werden gemäß dem 504. Beschluss des Bewertungsausschusses im 1. und 2. Quartal 2021 je Quartal 78.087 EURO für die GKV für die zu hoch angesetzte **Finanzierung zum Einsatz von Diagnostika zur schnellen und qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie** abgezogen. Die anteilige kassenspezifische Verminderung der MGV erfolgt nach den Leistungsanteilen gemäß Abs.G
3. Die Bereinigung konventioneller Versandkosten 2018 bis 2020 aufgrund der Einführung von eArztbriefen erfolgt nach Beschlussfassung und Ermittlung der KV-spezifischen Beträge.

L Weitere Berechnungsgrundsätze der Vereinbarungspartner

1. Veränderungen bei der Ermittlung des Behandlungsbedarfs werden in der Berechnung zusätzlich informativ als prozentuale Veränderung je Krankenkasse ausgewiesen, bezogen auf die MGV bzw. den Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals des Zeitraums der Veränderung. Diese Werte werden auf vier Nachkommastellen kaufmännisch gerundet.
2. Im Falle einer Fusion von Krankenkassen zu einer Krankenkasse mit einer VKNR sind die jeweils kassenspezifischen Behandlungsbedarfe zusammenzuführen. Die konkrete Umsetzung wird in Teil 4 der Vereinbarung geregelt.
3. Eine Anpassung des Aufsatzwertes wegen der Veränderung von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen aufgrund gesetzlicher oder satzungsmäßiger Leistungen nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V erfolgt, wenn der Bewertungsausschuss entsprechende Beschlüsse gefasst hat.

4. Die Ermittlung des vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfs wird nach der Anlage 1 vorgenommen. Die Anlage 1 enthält die GKV-Werte der Schritte 1 und 2 sowie im Schritt 3 die kassenspezifischen Werte inkl. des Ausweises der quartalsweisen Höhe des Anteils der Krankenkassen am Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V zur rechnerischen Jahreswertermittlung. Nach Aktualisierung wird die Anlage 1 je Quartal nach einvernehmlicher Abstimmung der GKV-Werte zwischen den Vertragspartnern ausgetauscht.

§ 3

Vergütungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- (1) Außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden zu den Preisen der SGO folgende Leistungen vergütet:
- a) Leistungen im Behandlungs- und Arztgruppenfall aufgrund einer Terminvermittlung im Akutfall durch die TSS gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 SGB V, sofern das medizinische Ersteinschätzungsverfahren der KBV zum Einsatz gelangt (Suffix A an GOPen nach Buchstabe d),
 - b) Leistungen im Behandlungs- und Arztgruppenfall aufgrund einer Terminvermittlung durch die TSS gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 SGB V,
 - c) Leistungen im Behandlungsfall bei einem Facharzt aufgrund einer Terminvermittlung durch den Hausarzt, wenn die Behandlung beim Facharzt innerhalb von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit erfolgt, gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 4 SGB V,
 - d) Zuschläge auf die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen (GOPen 03010, 04010, 05228, 06228, 07228, 08228, 09228, 10228, 11228, 13228, 13298, 13348, 13398, 13498, 13548, 13598, 13648, 13698, 14218, 15228, 16228, 17228, 18228, 20228, 21236, 21237, 22228, 23228, 23229, 24228, 25228, 25229, 25230, 26228, 27228, 30705 EBM mit den jeweiligen altersbezogenen Zusatznummern und den bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichen („Suffixe“))
 - in Höhe von 50 %, wenn die Behandlung innerhalb von 8 Tagen,
 - in Höhe von 30 %, wenn die Behandlung innerhalb von neun bis 14 Tagen und
 - in Höhe von 20 %, wenn die Behandlung innerhalb von 15 bis 35 Tagenab Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS erfolgte, gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V,
 - e) Vermittlungszuschlag für den Hausarzt (GOPen 03008 und 04008 EBM), wenn die Behandlung beim Facharzt innerhalb von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit erfolgt, gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V,
 - f) Leistungen im Behandlungs- und Arztgruppenfall für Neupatienten gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V, sofern es sich bei der Arztpraxis nicht um eine Praxisneugründung oder einen Gesellschafterwechsel handelt,

- g) Leistungen im Behandlungs- und Arztgruppenfall, die innerhalb von offenen Sprechstunden der nach BMV-Ä definierten Fachgruppen erfolgen, gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V.

Weitere ergänzende/einschränkende Regelungen gemäß dem 439. i. V. m. dem 452. Beschluss des Bewertungsausschusses und evtl. Folgebeschlüsse sind zu berücksichtigen.

- (2) Die Leistungen gemäß Anlagen 2 und 3a werden im Vertragszeitraum außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach der SGO vergütet.
- (3) Die Förderungen nach § 2 Abs. 1 und 2 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

Honorarkürzungen der KV Sachsen

- (1) 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.
- (2) Aus der anteiligen Honorarkürzung gemäß § 291 b Abs. 5 SGB V ist von der KV Sachsen zu ermitteln, welcher Anteil davon auf Leistungen gemäß Teil 3 § 3 zu dieser Vereinbarung entfällt. Das gemäß § 291 b Abs. 5 SGB V zu kürzende Honorar in Höhe von 2,50% der gemäß Teil 3 § 3 festgestellten Leistungen wird von der KV Sachsen je

Krankenkasse ermittelt und der betreffenden Krankenkasse im Formblatt 3 über einen separaten Vorgang im aktuellen Quartal zurückerstattet.

§ 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 erfolgte Förderungen für sächsische Ärzte der Anlagen 3 sowie 7 bis 15 werden in Summe ermittelt und entsprechend MGV-Anteil an die Krankenkassen mit Versicherten mit Wohnort in Sachsen per gesonderten Vorgang 155 erstattet. Die entsprechende Rückerstattung der Anlage 6 erfolgt im Rahmen der Spitzabrechnung.
- (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

Kostenerstattung

- (1) Für die Anzahl der Versicherten, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben, wird eine Verrechnung des Behandlungsbedarfs je Versicherten mit der Gesamtvergütung durchgeführt, sofern diese Versicherten in der Satzart ANZVER87a_IK, Feld-Nummer 22 aufgeführt sind.
- (2) Es erfolgt ein pauschaler Abzug in Höhe von 50 % des quartalsweisen durchschnittlichen kassenindividuellen Behandlungsbedarfs je Versicherten (Berechnungsstand zum Zeitpunkt der Erstrechnungslegung).
- (3) Im Formblatt 3 erfolgt die Gutschrift mittels Vorgang.
- (4) Abweichende bestehende kassenspezifische Regelungen, die in Teil 4 der Vereinbarung bzw. im Gesamtvertrag getroffen wurden, werden durch diese Regelung ab 1. Januar 2021 ersetzt.

§ 8 Abschlags- und Restzahlungen

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

§ 9 Terminservicestelle (TSS)

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

§ 10 Sonstige Festlegungen

- (1) Sollten entsprechende gesetzliche Regelungen in Kraft treten bzw. zur Umsetzung von zukünftigen Bundes- bzw. Durchführungsempfehlungen oder einschlägigen Beschlüssen nehmen die Vertragspartner unverzüglich die Verhandlungen auf.
- (2) Datenlieferungen nach dieser Vereinbarung erfolgen insbesondere entsprechend dem Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern (Anlage 6 BMV-Ä), der Technischen Anlage hierzu 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.

Anlage 1 zu Teil 3
Berechnungsschema für die Ermittlung des vereinbarten Behandlungsbedarfs
der Quartale des Jahres 2021

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 Mammographie Screenings 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. Strahlentherapeutische Leistungen (GOPen 25228 bis 25230 EBM),
7. Phototherapeutische Keratektomie (GOPen 31362, 31734, 31735, 40680 EBM),
8. Leistungen der künstlichen Befruchtung
GOPen 01510X bis 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510X, 08530X, 08531X, 08535X, 08537X, 08538X, 08539X, 08540X, 08550X, 08555X, 08558X, 08575X, 08576X, 11301X, 11302X, 11351X, 11352X, 11501X bis 11503X, 11506X, 11508X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, , 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 HIV-Resistenztestung (GOPen 32821 und 32828 EBM),
19. antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen des Abschnittes 35.2 EBM aller Ärzte und Psychotherapeuten,
20. unbesetzt
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, 04567 (bis 30. September 2021), 04572 und 04573 EBM) und 13.3.6 EBM (GOPen 13590 – 13592, 13600, 13601, 13602, 13603 (bis 30. September 2021), 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 30. September 2022: Verordnung von Psychotherapie (GOPen 30810 und 30811 EBM)
32. ab 1. April 2018 bis 31. März 2021: Verordnung von Rehabilitation (GOP 01611EBM)
33. Umfangreiche humangenetische Analysen (GOPen 11449 und 11514 EBM), allgemeine Tumorgenetik (Abschnitt 19.4.2 EBM) (befristet bis 30. Juni 2023) sowie Companion Diagnostic (Abschnitt 19.4.4 EBM) (mit Höchstwerten) sowie Companion Diagnostic (GOP 19450 EBM),
34. spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung (Abschnitt 30.13 EBM),
35. Humangenetische Gutachten (GOPen 11304, 19406, 32865 und 32911 EBM),
36. Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen gemäß Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (Abschnitt 37.2 EBM - GOPen 37100, 37102, 37105, 37113 und 37120 EBM),
37. 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,
38. Sachkostenpauschale nach der GOP 40306 EBM,
39. 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),
40. Telekonsile CT und Röntgen: nach Abschnitt 34.8 EBM (GOPen 34800, 34810, 34820 und 34821 EBM),
41. Videosprechstunde (GOP 01450 EBM),
42. Zuschlag Kinderneurologie (GOP 04563 EBM),
43. Glukosemessung (GOPen 03355, 04590 und 13360 EBM),
44. Psychotherapeutische Sprechstunde und psychotherapeutische Akutbehandlung (GOPen 35151 und 35254 EBM),
45. Leistungen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung des Abschnitts 37.3 EBM (GOPen 37300 bis 37320 EBM),
46. Epilation mittels Laser (GOPen 02325 bis 02328 EBM),
47. Verordnung von Cannabis (GOPen 01460, 01461 und 01626 EBM) – die GOPen 01460 und 01461 EBM befristet bis 31. März 2022,
48. bis 30. Juni 2021: Einsatz von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie (GOPen 32459, 32774 und 32775 EBM),
49. elektronischer Arztbrief (GOPen 86900, 86901 EBM),
50. Notfalldatenmanagement (GOPen 01640 und 01642) EBM befristet bis 31. Dezember 2023,
51. Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei koronarer Herzkrankheit (FFR) (GOPen 34298 und 40301 EBM),
52. Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (GOPen 30210, 30212, 30216 und 30218 EBM),
53. Zuschlag für die Einrichtungsbefragung im Rahmen der Qualitätssicherung zur Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (GOP 01650 EBM),

54. Extrakorporale Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz (GOP 30440 EBM),
55. Versorgungsplanung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V (GOP 37400 EBM),
56. bis 31. Dezember 2021 die Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens zu den Indikationen Mandeloperationen und Gebärmutterentfernung GOP 01645, 01645A (Aufklärung und Beratung zum Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Mandeloperation) und 01645B (Aufklärung und Beratung zum Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Gebärmutterentfernung) sowie Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM mit der bundeseinheitlichen Kennzeichnung über die Feldkennung 5009 mit den Codes 88200A für das Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Mandeloperation und 88200B für das Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Gebärmutterentfernung,
57. bis 31. März 2021 die Leistungen zum Nachweis von spezifischen Anti-Drug-Antikörpern gegen Velmanase alfa sowie eine spezifische Vorbehandlung im Rahmen immunhämatologischer Untersuchungen die GOPen 32480 und 32557 EBM,
58. die GOPen 06362 (diagnostische Begleitleistung der Hornhauttomographie) und 40681 (Sachkosten für das Medizinprodukt Riboflavin) EBM,
59. die GOP 01516 EBM – Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung bei der Gabe von Fingolimod,
60. unbesetzt
61. bis 30. September 2021 die Leistungen zur HIV-Präexpositionsprophylaxe des Abschnitts 1.7.8 EBM (GOPen 01920, 01921, 01922, 01930, 01931, 01932, 01933, 01934, 01935 und 01936 EBM),
62. bis 30. September 2021 den Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA (GOP 32850 EBM),
63. bis 30. September 2021 für Laborleistungen bei Präeklampsie (GOPen 32362 und 32363 EBM),
64. bis 30. September 2021 für Videofallkonferenz mit Pflegefachkraft, Authentifizierungsverfahren unbekannter Patient in Videosprechstunde durch Praxispersonal und Anschubförderung für die Videosprechstunde (GOPen 01442, 01444 und 01451 EBM),
65. die Optische Kohärenztomographie (OCT) (GOPen 06336, 06337, 06338 und 06339 EBM),
66. bis 31. Dezember 2022 humangenetische Beratungsleistungen (GOPen 01841, 11230, 11233 bis 11236 EBM),
67. bis 30. September 2021 Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Velmanase alfa (GOP 01514 EBM),
68. Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin (GOPen 08311T, 08312, 08313, 26310T, 26311T, 26316, 26317 und 40161 EBM),
69. HLA-Antikörperdiagnostik (GOPen 32915 bis 32918 und 32939 bis 32943 sowie 32948 und 32949 EBM),
70. Biomarkerbasierte Tests beim primären Mammakarzinom (GOPen 08347, 13507, 19501 und 19502 EBM),
71. Nachweis oder Ausschluss von Mutationen für gezielte medikamentöse Behandlungen eines lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden Mammakarzinoms (GOP 11601 EBM),
72. Kostenpauschale zur Liposuktion (GOP 40165 EBM),
73. Nukleinsäurenachweis des neuartigen Coronavirus (2019-nCoV) (GOP 32816 EBM),

74. FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab inkl. Sachkosten (GOPen 04538, 13678 und 40167 EBM),
75. befristet bis 30. Juni 2023 Zuschlag zur eArztbrief-Versandpauschale (GOP 01660 EBM),
76. Gespräch, Beratung und/oder Erörterung durch Kinderneurologen, wenn im selben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden (GOP 04231 EBM),
77. Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus vor der Gabe von Sildenafil (GOP 32866 EBM),
bis 30. September 2022 die Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung bei der Gabe von Sildenafil (GOP 01517 EBM),
78. bis 31. März 2021 Testungen auf SARS-CoV-2 aufgrund von Warnhinweisen der Corona-Warn-App (GOPen 02402, 12221, 32811 und 40101 EBM),
79. endoskopische Sachkosten, im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen nach den GOPen 01741, 01742, 04514, 04515, 04520, 08311T, 13421, 13422, 13423, 13430, 26310T und 26311T jeweils einschließlich Suffixe (GOPen 40460, 40461 und 40462 EBM),
80. Leistungen und Sachkosten der Vakuumversiegelungstherapie (GOPen 02314 und 40900 bis 40903 EBM),
81. Genotypisierung des DPD-Metabolisierungsstatus vor systemischer Therapie mit 5-Fluorouracil oder dessen Vorstufen (GOP 32867 EBM),
82. Direktnachweis von SARS-CoV-2 mittels Antigentest (GOP 32779 EBM),
83. Telekonsile (GOPen 01670 bis 01672 EBM),
84. Kostenpauschalen für den Postversand der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in der Videosprechstunde (GOPen 40128 und 40129 EBM) sowie
85. TumortheraPIefelder zur Behandlung des Glioblastoms des Abschnitts 30.3.2 EBM (GOPen 30310 bis 30312 EBM).

Anlage 3a zu Teil 3

Wegepauschalen

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

Von KV Sachsen organisierte zentrale Fahrdienste

Stand: 31.03.2020

Fahrdienst	Kennzeichnung	Bereitschaftsdienstbereich	Anzahl teilnehmende Ärzte am Fahrdienst	Anzahl Ärzte im Bereitschaftsdienstbereich	Genehmigung ab	Genehmigung bis
Stadt Leipzig	A	allgemeinärztl. Dienst	1084	1084	01.01.2009	30.09.2019
Dresden	B	Dresden	586	586	01.01.2009	30.09.2020*
Pirna	C	Pirna, links der Elbe	78	78	01.01.2009	30.09.2020*
Dippoldiswalde	D	Dippoldiswalde	58	58	01.01.2009	30.09.2019
Stadt Chemnitz	E	Chemnitz/Stadt	400	421	01.01.2010	31.03.2020

* vorbehaltlich des fristgerechten Rollouts der Bereitschaftsdienstreform gemäß der bisherigen Vorstandsentscheidungen der KV Sachsen

Von Ärzten organisierte und von KV Sachsen genehmigte Fahrdienste

Für weitere Fahrdienste wird eine Genehmigung nur unter dem Vorbehalt der Zustimmung der Krankenkassen erteilt.

Für den Fall, dass ein Fahrdienst neu dazu kommt bzw. wegfällt, wird diese Anlage aktualisiert den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt,

ansonsten erfolgt die Aktualisierung turnusgemäß zum 31.03. eines Jahres.

Fahrdienst	Kennzeichnung	Bereitschaftsdienstbereich	Anzahl teilnehmende Ärzte am Fahrdienst	Anzahl Ärzte im Bereitschaftsdienstbereich	Genehmigung ab	Genehmigung bis
Zittau	Z	Zittau	34	75	01.01.2009	31.03.2020
Neugersdorf/Ebersbach/Seifhennersdorf	Y	Neugersdorf/ Ebersbach/Seifh.	20	46	01.01.2009	31.03.2020
Wurzen	V	allgemeinärztl. Dienst	43	78	01.01.2009	30.09.2020*
kv-übergreifender Fahrdienst Rettungsambulanz Greiz GmbH	N	KV-übergreifende Dienstgruppe Greiz/Zeulenroda, KV Thüringen	84 (davon sächsische Ärzte: 2)	84	01.04.2009	lfd.
Emergency Zwickau	M	Zwickau/Stadt	77	221	01.10.2009	30.09.2019
Bautzen-Ost	L	Bautzen-Ost	15	57	01.10.2010	31.03.2020

Stand: März 2020

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 grundsätzlich 16 Bereinigungsquartale. Die Bereinigung erfolgt aber mindestens bis einschließlich dem Bereinigungsquartal 3/2021.

§ 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, jedoch mindestens bis einschließlich dem Bereinigungsquartal 3/2021.

§ 4

Ermittlung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahl

- (1) Grundlage sind
 - a) die regionalisierte und indikationsspezifische – ggf. getrennt nach Subspezialisierung – Datenlieferung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 421. Sitzung, Teil A (ANZASV116b_SUM),
 - b) der vom Bewertungsausschuss beschlossene KV- und indikationsspezifische Patientenzahl-Höchstwert,
 - c) die Datenlieferung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 421. Sitzung, Teil B (historische Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten – ANZ116bALT_SUM) sowie
 - d) der vom Bewertungsausschuss beschlossene indikationsspezifische Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten.
- (2) Die tatsächlich zu bereinigende Zahl der ASV-Patienten mit Wohnort in Sachsen wird indikationsspezifisch wie folgt ermittelt:
 - a) Für die Bereinigungsquartale vor dem letzten Bereinigungsjahr wird die Berechnung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung Punkt 5.2 erster Spiegelstrich i. V. m. Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung, Teil B, Nr. 3 durchgeführt.

- b) Für die Bereinigungsquartale im letzten Jahr des jeweiligen Bereinigungszeitraums wird die Berechnung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung Punkt 5.2 zweiter Spiegelstrich i. V. m. Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung, Teil B, Nr. 4 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-Bereinigungswertes 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-Bereinigungswert 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-Bereinigungswert 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

ge 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 Vorjahresquartal 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.
- (5) Die Bestimmung der indikationsspezifischen ASV-Differenzbereinigungsmenge erfolgt mittels Excel-Rechenschema analog technischem Anhang 1 zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung i. V. m. Teil B Nrn. 7 und 8 zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung, ergänzt um die Angabe des verwendeten Datenblattes (A oder B) und der Datumsangabe der Ermittlung. Es erfolgen keine nachträglichen Neuberechnungen auf Grund von Änderungen der Werte der abgestimmten Quoten nach § 6 Abs. 2b) und 3b).
- (6) Es wird quartalsweise die indikationsübergreifende Differenzbereinigungssumme als Summe der indikationsspezifischen Differenzbereinigungsmengen gebildet. Die indikationsspezifischen Differenzbereinigungsmengen wie auch die Summe aller Differenzbereinigungsmengen können positiv (Abzug von der MGV) oder negativ (Abzug von der MGV mit negativem Vorzeichen (Erhöhung)) sein.

§ 7 Differenzbereinigung

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

§ 8

Datenlieferungen der Krankenkasse

Die Krankenkassen liefern die Satzart ANZASV116b_LANR quartalsweise für jede spezialfachärztliche Indikation jeweils beginnend mit dem Folgequartal des Signalquartals bis zum Ende des dritten auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats an die KV Sachsen. Die Datenübermittlung zwischen der Krankenkasse und der KV Sachsen erfolgt per sFTP-Server.

Anlage: Bereinigungsübersicht je ASV-Indikation

ASV-Indikation ¹	Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel	Inkrafttreten der Indikation	1. Quartal nach Inkrafttreten	Gesamten Bereinigungsquartale (Quartale 1 – 16 nach der ersten Abrechnung bzw. bis 3/2021)	davon letzten 4 Bereinigungsquartale	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 – 3/2021	4/2020 - 3/2021	110	875		1
Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle	1A0100	26.07.2014	4/2014	4/2015 – 3/2021	4/2020 - 3/2021	4.653	2.466	2.466	0,92
Marfan Syndrom	2K0100	30.06.2015	3/2015	1/2019 – 4/2022	1/2022 - 4/2022	180	967		1
Pulmonale Hypertonie	2L0100	01.06.2016	3/2016	1/2019 – 4/2022	1/2022 – 4/2022	127	778		1
Gynäkologische Tumore	1A0200 1A0201 1A0202	10.08.2016	4/2016	3/2018 – 2/2022	3/2021 – 2/2022	7.169	1.699		0,93
Mukoviszidose	2B0100	18.03.2017	2/2017	4/2019 – 3/2023	4/2022 – 3/2023	351	1.099		1
Urologische Tumore	1A0300	26.04.2018	3/2018	1/2020 – 4/2023	1/2023 – 4/2023	11.449	614		0,71
Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene	1B0100	19.04.2018	3/2018	3/2019 – 2/2023	3/2022 – 2/2023	48.275	350		1
Rheumatologische Erkrankungen Kinder/Jugendliche	1B0101	19.04.2018	3/2018			677	380		1

¹ gemäß Anlage 1.1 a ff. des 420. Beschlusses, 467. Beschluss

Morbus Wilson	2H0100	12.06.2018	3/2018			37	748		1
Seltene Lebererkrankungen	2O0100	16.08.2018	4/2018			747	303		1
Hauttumore	1A0400	11.05.2019	3/2019			345	1.999		0,93
Hämophilie	2C0100	04.07.2019	4/2019			484	1.840		1
Tumore der Lunge und des Thorax	1A0500	07.04.2020	4/2020			1.321	2.756		0,80
Schwerwiegende immunologische Erkrankungen 1. Sarkoidose	2E0100	07.04.2020	4/2020			1.765	360		keiner

Dresden, den 23. Dezember 2020

Gez.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

Gez.

AOK PLUS, zugleich handelnd für die SVLFG
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Gez.

BKK Landesverband Mitte,
Landesvertretung Sachsen

Gez.

IKK classic

Gez.

KNAPPSCHAFT,
Regionaldirektion Chemnitz

Gez.

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